

ersatzkasse magazin.

DIE ZEITSCHRIFT
DES VERBANDES DER
ERSATZKASSEN E.V.
SEIT 1916

G 20634

1. AUSGABE 2026



2026: Reformjahr für Gesundheit & Pflege

Finanz- und Struktur-
reformen sind in beiden
Säulen der sozialen
Sicherung dringend nötig

»Wir wollen als Länder Verantwortung tragen«

Interview mit Dr. Andreas
Philippi, GMK-Vorsitzender
und niedersächsischer
Gesundheitsminister

Viele Wahlen – wenig Zeit

Gesundheitspolitische
Herausforderungen im
Reform- und Wahljahr

vdek 
Die Ersatzkassen

DIE MITGLIEDSKASSEN

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen rund 29 Millionen Menschen in Deutschland krankenversichern.



Techniker Krankenkasse (TK)

Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg
Tel.: 0 40/69 09-17 83
Fax: 0 40/69 09-13 53
pressestelle@tk.de
www.tk.de/presse
X @TK_Presse
in Die Techniker



BARMER

Postfach 11 07 04
10837 Berlin
Tel.: 08 00/333 1010
Fax: 08 00/333 0090
service@barmer.de
www.barmer.de
X @BARMER_Presse
in BARMER



DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31
20097 Hamburg
Tel.: 0 40/2364 855-0
Fax: 0 40/334 70-12 34 56
service@dak.de
www.dak.de
X @DAKGesundheit
in DAK-Gesundheit



KKH Kaufmännische Krankenkasse

Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
Tel.: 05 11/28 02-0
Fax: 05 11/28 02-99 99
service@kkh.de
www.kkh.de
in KKH Kaufmännische
Krankenkasse



hkk – Handelskrankenkasse

Martinstraße 26
28195 Bremen
Tel.: 04 21/36 55-0
Fax: 04 21/36 55-37 00
info@hkk.de
www.hkk.de
X @hkk_Presse
in hkk Krankenkasse



HEK – Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
Tel.: 08 00/0 213 213
Fax: 0 40/6 56 96-12 37
kontakt@hek.de
www.hek.de
X @HEKonline
in HEK – Hanseatische
Krankenkasse

in Auf unserer heutigen Neujahrspressekonferenz haben wir zur **#Stabilisierung** der GKV-Finzen die Notwendigkeit aufgezeigt, zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zurückzukehren. Denn die Ausgaben steigen seit Jahren stärker als die Einnahmen. Hinzu kommt, dass sich die Einnahmehasis perspektivisch verringern wird. Das zeigt ein vom vdek in Auftrag gegebenes **IGES Institut GmbH**-Gutachten. Gründe sind [...]

in Der Wirtschaftsrat der CDU hat gefordert, Zahnarztbehandlungen aus dem Leistungskatalog der (...) **#GKV** zu streichen. Aus unserer Sicht ist das grundfalsch. Gute **#Zahngesundheit** ist essenziell für die körperliche und geistige Gesundheit. Zudem wäre die Streichung unsolidarisch – gesunde Zähne dürfen keine Frage des Geldbeutels sein! Statt einzelne Leistungen infrage zu stellen, brauchen wir echte Strukturreformen [...]



EDITORIAL

2026 muss das Jahr der Reformen werden

Dass 45 von 92 gesetzlichen Krankenkassen zum Jahresbeginn ihren Zusatzbeitrag erneut erhöhen mussten, ist ein Alarmsignal. Die Bundesregierung ist zum Handeln gezwungen. Entsprechend hohe Erwartungen liegen auf der von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken einberufenen FinanzKommission Gesundheit, die im März 2026 erste Vorschläge zur Finanzstabilisierung liefern will. Aufschieben ist keine Option, denn ohne tiefgreifende Reformen droht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2027 erneut eine Finanzierungslücke von mehr als zehn Milliarden Euro. Was es braucht, ist eine Ausgabenpolitik, die sich konsequent an den Einnahmen orientiert, sonst sind weitere Beitragsanhebungen unvermeidbar. Auch die soziale Pflegeversicherung (SPV) steht finanziell massiv unter Druck. Die Beiträge konnten zum Jahreswechsel nur durch Darlehen stabil bleiben. Von der Bund-Länder-Kommission „Zukunftspakt Pflege“ müssen jetzt schnell Antworten auf dringende Finanzierungsfragen kommen. Voran gehen muss es auch bei der Krankenhausreform. Die Länder nutzen das Krankenhausreform-anpassungsgesetz, um weitere Ausnahmeregelungen in Sachen Qualität zu erreichen. Niedersachsens Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi stellt hierzu im Interview die Sicht der Länder dar: Es gehe darum, eine Abwägung zu finden zwischen dem, was an Qualität machbar und was zumutbar ist – und dabei auch untereinander die Einzelinteressen der Länder unter einen Hut zu bekommen. Ganz oben auf der Agenda steht zudem die Reform der Primärversorgung. Einen entsprechenden Referentenentwurf hat Ministerin Warken für diesen Sommer angekündigt. Eine bessere Steuerung, weniger Wartezeiten sind das Ziel. Ein ereignisreiches Jahr steht bevor mit hoffentlich wirkungsvollen Reformen in der Gesundheitspolitik.

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen müssen immer tiefer in die eigene Tasche greifen. Hauptkostentreiber bei den steigenden Eigenanteilen sind gestiegene Personalkosten.

→ Mehr dazu auf Seite 42

Die vdek-Mitgliederversammlung begrüßt in einer Erklärung die „Vorschläge für eine Gesundheitsreform 2026“ der Bundesvereinigung deutscher Arbeitgeber (BDA) als Basis für die Suche nach gemeinsamen Lösungen. → Mehr dazu auf Seite 15

46 Versorgung mit Arzneimitteln ist stabil

ERSATZKASSEN Im Lieferklima-Report 2025 fasst die Techniker Krankenkasse (TK) die Effekte des Arzneimittel-Lieferengpass-bekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVG) sowie die aktuelle Versorgungslage in Deutschland zusammen: Die Arzneimittel-Versorgung in Deutschland ist stabil. Antibiotika sind deutlich besser verfügbar als noch vor Inkrafttreten des ALBVG und Vorratspflichten der Hersteller werden überwiegend erfüllt.

**ersatzkasse
magazin.
online**

www.vdek.com/magazin



2026: Reformjahr für Gesundheit & Pflege

SCHWERPUNKT 2026 muss das Jahr der Finanz- und Strukturreformen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) werden. Es gilt, die beiden wichtigen Säulen der sozialen Sicherung modern und demografiefest aufzustellen. Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) fordert die Rückkehr zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik – und hat einen Maßnahmenkatalog zur Finanzstabilisierung vorgestellt.

28





16

»Wir wollen als Länder Verantwortung tragen«

INTERVIEW Den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat in diesem Jahr Niedersachsen inne. Im Interview mit *ersatzkasse magazin* spricht Dr. Andreas Philippi, niedersächsischer Gesundheitsminister und GMK-Vorsitzender, über seine Schwerpunkte im Vorsitzjahr, den langen Weg der Krankenhausreform, die geplante Einführung eines Primärversorgungssystems sowie die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

AKTUELL

- 6 Sepsis schneller erkennen
- 7 Modellprogramm zur Personalbemessung
- 8 Aus dem G-BA
- 9 Mehr zertifizierte Präventionskurse
- 10 Rechnungshof kritisiert Wartezeiten
- 11 Aktuelle Gesetzesvorhaben

POLITIK & VERSORGUNG

- 12 Viele Wahlen, wenig Zeit
- 15 vdek-Mitgliederversammlung: Erklärung
- 16 Interview: Dr. Andreas Philippi
- 21 #regionalstark
- 27 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 30 Ausgaben in der GKV wirksam begrenzen
- 36 Forderungskatalog zur Finanzstabilisierung
- 38 Pflege: Politik muss für faire Finanzierung sorgen
- 40 Sechs Kernpunkte für zukunfts feste Pflege
- 42 Personalkosten treiben Eigenanteile in die Höhe

ERSATZKASSEN

- 44 Krankenstand bleibt hoch
- 45 Alkoholsucht: Alarmierende Zahlen
- 46 Versorgung mit Arzneimitteln stabil

VERMISCHTES

- 48 Mindestmengenkarten 2026
- 49 Podcast: Wunderwerk Gehirn
- 50 PS: Man nehme eine Prise KI ...
- 50 Impressum

Sepsis schneller erkennen und besser behandeln

Am 1. Januar 2026 ist das neue Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik und Therapie der Sepsis“ (QS Sepsis) in den bundesweiten Regelbetrieb gestartet. Es soll dazu beitragen, frühzeitige Diagnostik und umgehende Behandlung der Sepsis – umgangssprachlich auch als Blutvergiftung bezeichnet – in Krankenhäusern weiter zu verbessern. Sepsis ist die schwerste Verlaufsform einer Infektionserkrankung, die mit einer lebensbedrohlichen Organdysfunktion einhergeht. Um die Ziele des neuen Verfahrens zu erreichen, werden qualitätsrelevante Aspekte wie etwa Screenings zur Risikoabschätzung, Schulung des medizinischen und pflegerischen Personals zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie der Sepsis sowie das Vorhalten eines Antibiotic-Stewardship-Teams für eine adäquate und verantwortungsvolle Antibiotikatherapie vergleichend dargestellt. Dies geschieht mittels einer fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation sowie auf Basis von bei den Krankenkassen erhobenen Sozialdaten. Das neue Qualitätsverfahren wird vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Regelbetrieb durchgeführt. *pm*

→ t1p.de/p78p9



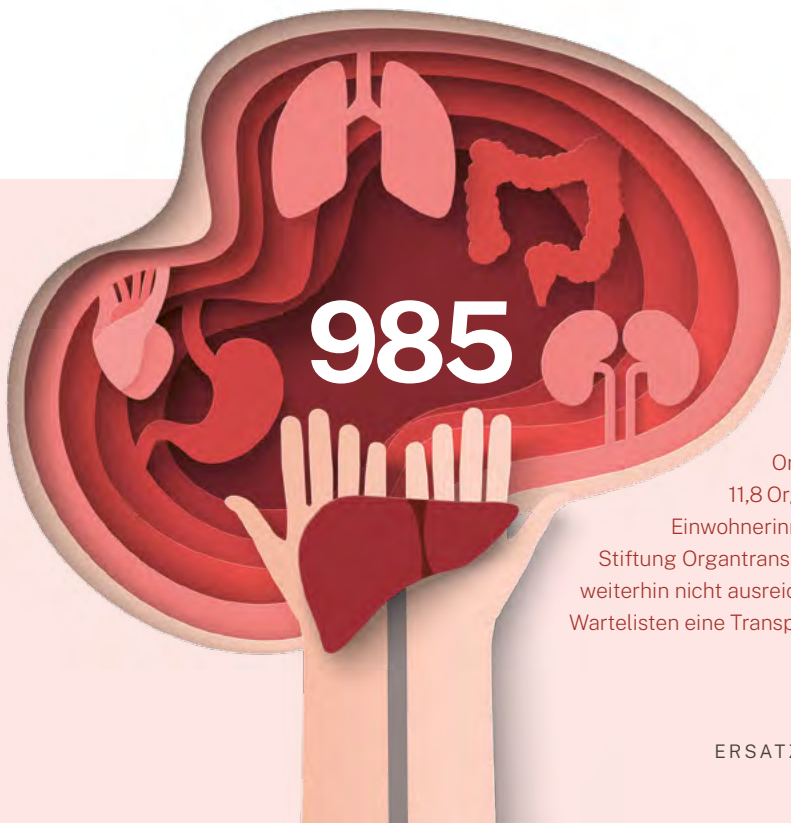


Das Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Personalbemessung in der vollstationären Pflege des GKV-Spitzenverbandes ist abgeschlossen. Die an dem Modell beteiligten Einrichtungen wurden bei der Umsetzung des im Modellprogramm

entwickelten neuen Personalkonzepts begleitet. Grundlage dafür war, dass seit Juli 2023 alle vollstationären Pflegeeinrichtungen über eine neue Bemessung des Personalbedarfs die Möglichkeit haben, mehr Personal und dabei vor allem qualifizierte Assistenzkräfte in Pflege und Betreuung einzusetzen. **Als Ergebnis zeigten sich Verbesserungen in der Qualität der pflegerischen Versorgung, der Lebensqualität der Bewohnenden und der Zufriedenheit der Mitarbeitenden.** Dazu Oliver Blatt, Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes: „Das entwickelte Personalkonzept ist ein Instrument, mit dem Pflegeeinrichtungen in der vollstationären Pflege den für sie besten Personaleinsatz entwickeln können. Wir hoffen, dass viele Einrichtungen die Ergebnisse als Hilfe nutzen, um für die Praxis eine gute Balance zwischen den Bedarfen der Pflegebedürftigen, den fachlichen Anforderungen und den vorhandenen Pflegekräften zu finden. Dafür stellen wir ein umfangreiches Angebot an Schulungsmaterialien zur Unterstützung bereit.“ pm

Vorzeitige Wiederwahl bei der BARMER

Der Verwaltungsrat der BARMER hat in seiner Sitzung im Dezember 2025 den Vertrag mit der stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden **Simone Schwering** vorzeitig um weitere sechs Jahre verlängert. Damit wird Schwering ihre Tätigkeit als stellvertretende Vorstandsvorsitzende ab Oktober 2027 für eine weitere Amtszeit von sechs Jahren fortsetzen. „Die gesetzlichen Krankenkassen stehen derzeit vor enormen Herausforderungen. Die vorzeitige Vertragsverlängerung von Simone Schwering ist Ausdruck unserer großen Anerkennung für ihre sehr erfolgreiche Arbeit und schafft zugleich Planungssicherheit sowie eine verlässliche Führung des Hauses in den kommenden Jahren“, erklärte die Vorsitzende des BARMER-Verwaltungsrates Sylvi Krisch. Simone Schwering habe maßgebliche Impulse für die interne Weiterentwicklung der Kasse gesetzt und zentrale IT-Projekte erfolgreich vorangetrieben. pm



DIE ZAHL Im Jahr 2025 haben die Organspendezahlen mit einer Steigerung um 3,4 Prozent gegenüber 2024 den höchsten Stand in Deutschland seit 2012 erreicht: Insgesamt spendeten 2025 985 Menschen nach ihrem Tod ein oder mehrere Organe – das sind 32 mehr als im Vorjahr und entspricht 11,8 Organspenderinnen und Organspendern pro Million Einwohnerinnen und Einwohnern. Zugleich betont die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), dass die Zahl der Spenderorgane weiterhin nicht ausreiche, um allen Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten eine Transplantation zu ermöglichen. pm



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

www.g-ba.de

Angepasste Mindestmenge

Der G-BA hat die bestehende Mindestmenge für den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks (Kniegelenk-Totalendoprothese/Knie-TEP) grundlegend überarbeitet. Es werden künftig drei fachlich eigenständige Fallkonstellationen unterschieden. Es gibt jeweils eine Mindestmenge für den erstmaligen Einsatz einer Knie-TEP, das Einsetzen einer bestimmten Art von Teilprothesen (unikondyläre Schlittenprothesen) sowie den Austausch einer Knieprothese. Mit dieser Differenzierung reagiert der G-BA insbesondere auf aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse beim Kniegelenkersatz. Versicherte sollen an Krankenhäusern operiert werden, deren


Behandlungsteams viel Erfahrung mit den jeweils gut einzuplanenden Eingriffen haben.


Lungenkrebs-Früherkennung

Menschen mit starkem Zigarettenkonsum haben ein erhöhtes Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken. Voraussichtlich ab April 2026 wird es deshalb für aktive und ehemalige starke Raucherinnen und Raucher im Alter von 50 bis 75 Jahren ein Angebot auf Lungenkrebs-Früherkennung geben. Der Beschluss hierzu wurde bereits am 18. Juni 2025 gefasst. Rechtliche Basis des neuen Leistungsanspruchs ist die Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung. Mit der Verordnung des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (BMUV) wurde die Früherkennung strahlenschutzrechtlich zulässig, aber noch keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Neues aus der Versorgungsforschung

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat die gezielte Weiterleitung von Ergebnissen aus zwei Versorgungsforschungsprojekten zu Brustkrebs-Früherkennung und ambulanter Psychotherapie an Organisationen und Verbände im Gesundheitswesen beschlossen. Dabei geht es erstens um Erkenntnisse des Projekts DIMASOS 2, die dazu beitragen können, die Früherkennung von Brustkrebs bei Frauen mit sehr dichtem Drüsengewebe zu verbessern. Im Rahmen des Projekts wurde erprobt, zusätzliche Ultraschalluntersuchungen bei dieser Zielgruppe in das Mammographie-Screening-Programm einzubauen. Zweitens handelt es sich um Ergebnisse zum Projekt PsyTOM, das untersuchte, ob sich die Wirksamkeit der ambulanten Psychotherapie durch neu entwickelte Online-Module verbessern lässt. *pm*

 **26.02.2026** Vor 15 Jahren wurde das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) eingeführt – heute steht die Arzneimittelbewertung an einem Wendepunkt. Beim **F.A.Z. Hauptstadtgespräch Next Generation AMNOG** wird diskutiert, wie das System künftig innovationsfreundlich, patientennah und verlässlich gestaltet werden kann. → t1p.de/pwlin

 **16.–17.03.2026** Der in Berlin stattfindende **Kongress Armut und Gesundheit** steht unter dem Motto „Gesundheit ist politisch! Was ist uns Chancengerechtigkeit als Gesellschaft wert?“ Eröffnet wird der Kongress von der Soziologin, Politikwissenschaftlerin und Expertin für globale Gesundheit Prof. Dr. Ilona Kickbusch. → t1p.de/j33yv



PRESSESCHAU

Zahnbehandlungen

„Der Wirtschaftsrat der CDU hat jetzt – man muss hinzufügen: mal wieder – angeregt, zahnärztliche Behandlungen komplett aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen zu streichen. [...] Gut möglich also, dass auch bei diesem Sparvorschlag gesellschaftliche Aufregung und Sparertrag in keinem günstigen Verhältnis stehen.“

MÄRKISCHE ODERZEITUNG, 01.02.2026

Finanzlücke

„Ohne tiefgreifende Reformen werde es 2027 eine Lücke von mehr als zehn Milliarden Euro geben, warnen die Ersatzkassen. [...] Seit Jahren schaffen es Gesundheitsminister nicht, die Milliarden für die Versicherung von Bürgergeld-beziehern im Bundeshaushalt lockerzumachen, sondern halsen sie allein den Beitragszahlern auf. Dabei würde diese Summe schon reichen, um das neue Loch zu stopfen.“

DÜLMENER ZEITUNG, 29.01.2026

Pflege

„Die Kosten für die Heimpflege steigen munter weiter. [...] Warken (CDU) verschanzt sich hinter einer Kommission, die ihr Vorschläge liefern soll. Dieses Gremium ist überflüssig, denn alle Hebel sind bekannt: von der Herausnahme der versicherungsfremden Leistungen aus der Pflegeversicherung bis zur Dynamisierung des Bundeszuschusses und zur Deckelung der Eigenanteile.“

DIE RHEINPFALZ, 23.01.2026

Sterblichkeit aufgrund von Krebs geht zurück

Krebs führt gerade bei Menschen im jüngeren und mittleren Alter seltener zum Tod als noch vor 20 Jahren – auch wenn insgesamt die Zahl der an Krebs Gestorbenen steigt. 230.400 Menschen in Deutschland sind 2024 an Krebs gestorben, das waren 10,1 Prozent mehr als 2004 (209.300), wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilte. Der Anstieg sei vor allem auf die Alterung der Gesellschaft zurückzuführen, wie die altersstandardisierte Zahl der Krebstodesfälle zeige: 2024 kamen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner 273,5 Krebstote. 20 Jahre zuvor waren es noch 322,4 Menschen. Die Sterblichkeit aufgrund von Krebs ging dabei in nahezu allen Altersgruppen zurück. Eine Ausnahme bildeten die 5- bis 9-Jährigen, bei denen es 2024 mit 2,4 Krebstoten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner geringfügig mehr gab als 2004 mit 2,2 Fällen. Auch bei den Personen ab 90 Jahren war die Zahl der Sterbefälle aufgrund von Krebs mit 2.073,7 je 100.000 Personen dieser Altersgruppe 2024 etwas höher als 20 Jahre zuvor (2004: 1.995,6). Als Ursachen für den Rückgang der Sterblichkeit nannte destatis verbesserte Behandlungsmethoden und Möglichkeiten zur Früherkennung und Prävention. *pm*



Auch ältere Menschen in Deutschland sehen digitale Gesundheitsangebote wie E-Rezept statt Papierzettel, Videosprechstunde statt Praxisbesuch oder neue Diagnosemöglichkeiten mit Künstlicher Intelligenz als große

Chance an. **So stehen 92 Prozent der Seniorinnen und Senioren ab 65 Jahren der Digitalisierung im Gesundheitswesen nach eigenen Angaben positiv gegenüber.**

Die Über-80-Jährigen sind mit insgesamt 95 Prozent positiver Einstellung sogar noch überzeugter als die jüngeren Seniorinnen und Senioren zwischen 65 und 69 Jahren mit 89 Prozent. Das zeigen die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von 1.004 Personen ab 65 Jahren im Auftrag des Digitalverbands Bitkom. „Digitale Gesundheitsangebote sind eine Grundvoraussetzung, um die Versorgung einer älter werdenden Gesellschaft zu sichern. Sie erleichtern den Zugang, ermöglichen eine engere Betreuung und eröffnen zudem neue Möglichkeiten in Diagnostik und Behandlung, während Praxen und Pflegekräfte entlastet werden“, so Bitkom-Präsident Dr. Ralf Wintergerst. *pm*

Angebot zertifizierter Präventionskurse wächst

Versicherte können aus einer immer größer werdenden Anzahl zertifizierter Präventionsangebote wählen. 2025 hat die Zentrale Prüfstelle Prävention weitaus mehr Prüfanträge als im Vorjahr erhalten: Rund 45.000 Präventionsangebote sowie rund 6.000 neue Kursleitungen haben den Qualitätscheck erfolgreich abgeschlossen. Somit wächst das Angebot an zertifizierten Präventionskursen, die von den gesetzlichen Krankenkassen bezuschusst werden. Insgesamt stehen den Versicherten rund 115.000 qualitätsgeprüfte Präventionsmaßnahmen von fast 65.000 Anbietern zur Verfügung. Das Spektrum reicht von Bewegungskursen über Ernährungsberatung bis hin zu Kursen zur Stressbewältigung, Rauchentwöhnung oder Suchtvermeidung. Versicherte können zwischen klassischen Präsenz- und flexiblen Onlinekursen wählen. Das vollständige Kursangebot ist über die Websites der Krankenkassen abrufbar. Die Zentrale Prüfstelle Prävention ist eine Kooperationsgemeinschaft der Ersatzkassen (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk, HEK), der Betriebskrankenkassen (BKK), der AOK, der Innungskrankenkassen (IKK), der KNAPPSCHAFT und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG). *pm*





Der Bundesrechnungshof sieht ungeachtet hoher Mehrausgaben im Milliardenbereich keine Verbesserungen bei den Wartezeiten auf Arzttermine. Er fordert in einem am 5. Februar 2026

bekannt gewordenen Bericht, die Vergütungsregelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) abzuschaffen. **Ungeachtet der Mehrausgaben der Krankenkassen von zusätzlichen 2,9 Milliarden bis Mitte 2024 für einen besseren Zugang der Versicherten zur ärztlichen Versorgung hätte die bisherige Evaluation einen besseren Zugang aber nicht bestätigen können, heißt es in dem Bericht.** Die Wartezeiten hätten sich stattdessen sogar durchschnittlich um eine Woche verlängert, schreibt der Bundesrechnungshof im an den Haushaltsausschuss des Bundestags adressierten Bericht, über den POLITICO zuerst berichtet hatte. Fast zeitgleich zur Bekanntwerdung des Bundesrechnungshof-Berichtes war eine Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Linksfraktion im Bundestag zur Umsetzung der Ziele des Terminservice- und Versorgungsgesetzes und der Arbeit des Patientenservice 116117 erschienen (Drucksache 21/3858), aus der hervorging, dass die Wartezeit auf einen Facharzttermin 2024 durchschnittlich 42 Tage betrug: Zum Vergleich: 2019 waren es 33 Tage. *tag*

Mehr Beschäftigte im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen ist die Zahl der Beschäftigten im Jahr 2024 gewachsen. Laut dem Statistischen Bundesamt (Destatis) arbeiteten am 31. Dezember 2024 knapp 6,2 Millionen Menschen im Gesundheitswesen. Dies waren 102.000 oder 1,7 Prozent mehr als im Vorjahr. Darüber hinaus ist das Personal im Gesundheitswesen 2024 seit dem Höhepunkt der Corona-Pandemie im Jahr 2021 erstmals wieder um mehr als ein Prozent gewachsen. Die Zahl der auf die volle Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten (Vollzeitäquivalente) lag Ende 2024 bei gut 4,4 Millionen und erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr um 1,4 Prozent. 2024 ist die Zahl der Beschäftigten in (teil-)stationären Einrichtungen mit einem Zuwachs von 64.000 oder 3,0 Prozent wesentlich stärker gestiegen als im ambulanten Sektor (+32.000 oder +1,3 Prozent). Die Zahl der Pflegekräfte in Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie in ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen ist gegenüber dem Vorjahr deutlich angestiegen. Insgesamt arbeiteten in diesen Einrichtungen 49.000 oder 3,4 Prozent Pflegekräfte mehr als im Jahr 2023. Hierbei stieg die Zahl der Pflegehelferinnen und -helfer mit +5,2 Prozent deutlich stärker als die der examinierten Pflegekräfte (+2,6 Prozent). *pm*



Vorsorge: Für die meisten wichtig – aber häufig nicht wahrgenommen

84 Prozent der Menschen in Deutschland halten medizinische Vorsorge für wichtig, doch nur 42 Prozent nehmen Termine regelmäßig wahr. So lautet das Ergebnis der repräsentativen Umfrage des Meinungsforschungsinstituts YouGov im Auftrag der Online-Terminplattform Doctolib. Dabei ist die Vorsorgebeteiligung bei Männern signifikant geringer als bei Frauen: Während 49 Prozent der Frauen Vorsorgetermine regelmäßig wahrnehmen, sind es bei Männern nur 34 Prozent. Fast ein Viertel der Männer (23 Prozent) geht sogar nur anlassbezogen bei Beschwerden zum Arzt – bei Frauen sind es 14 Prozent. Als Haupthindernisse nennen die Befragten der Studie Zeitmangel durch Beruf und Familie, Vergesslichkeit sowie organisatorische Hürden bei der Terminvereinbarung. Die Umfrage wurde vom 26. bis 28. Januar 2026 vom Meinungsforschungsinstitut YouGov im Auftrag von Doctolib durchgeführt. Befragt wurden 2.056 Personen ab 18 Jahren in Deutschland. *pm*



AKTUELLE GESETZESVORHABEN*

Medizinregistergesetz (MRG)

 **Referentenentwurf** vom 27. Oktober 2025
 **Inkrafttreten** geplant nach Verkündung

Das MRG soll die zersplitterte Registerlandschaft vereinheitlichen, Qualitätsstandards schaffen und eine bessere Nutzung sowie Verknüpfung von Registerdaten ermöglichen. Kern ist ein neues Zentrum für Medizinregister (ZMR) beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), welches ein bundesweites Registerverzeichnis betreibt und Register qualifiziert. Der vdek begrüßt die Zielrichtung, sieht aber weiterhin gesetzlichen Klärungsbedarf für das Zusammenspiel freiwilliger und gesetzlicher Register, insbesondere zwischen dem Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) und Implantateregister.

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

 **Referentenentwurf** vom 12. November 2025
 **Inkrafttreten** geplant nach Verkündung

Die Reform der Notfallversorgung sieht die dringend notwendige Neustrukturierung des Systems vor. Zentrale Elemente sind eine verpflichtende telefonische oder digitale Ersteinschätzung, ein besser vernetztes Gesundheitsleitsystem aus Rettungsleitstellen (112) und neuen Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) (116117) sowie der flächendeckende Aufbau Integrierter Notfallzentren (INZ) mit einheitlichen Standards und klaren Zuständigkeiten. Der vdek begrüßt die Reform, die zentrale Forderungen der Ersatzkassen aufgreift. Für eine umfassende Reform wären allerdings die Verpflichtungen zur Zusammenarbeit zwischen Rettungsleitstellen und KV sowie eine Reduktion der Leitstellenanzahl wichtig. Damit würden aber Länderkompetenzen berührt und der Gesetzgebungsprozess erschwert. Zudem muss noch klarer geregelt werden, dass Kliniken ohne INZ nicht an der Notfallversorgung teilnehmen dürfen. Auch müssen die Länder ihrer Finanzverantwortung für den Rettungsdienst nachkommen.

Krankenhausreform- anpassungsgesetz (KHAG)

 **Referentenentwurf** vom 12. November 2025
 **Inkrafttreten** geplant nach Verkündung

Mit dem KHAG soll das ursprüngliche Ziel des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) – eine bedarfsgerechte, qualitätsorientierte und wirtschaftliche Krankenhausstruktur – praktikabler umgesetzt werden. Dafür sieht der Entwurf weitreichende Ausnahmeregelungen und zusätzliche Spielräume für die Länder vor, etwa in Bezug auf Qualitätsanforderungen und Mindestvorhaltezahlen. Zwar wird der Transformationsfonds

künftig aus dem Sondervermögen statt zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert, ansonsten bleiben zentrale Problemfelder jedoch bestehen: Die Landesausnahmen werden nicht eingeschränkt und verwässern damit das Ziel einer stärker qualitätsbasierten und konzentrierten Krankenhauslandschaft. Dies gefährdet nach wie vor Versorgungsqualität und Patientensicherheit und führt zu ineffizientem Ressourceneinsatz.

Apothekenversorgung- Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG)

 **Kabinettsentwurf** vom 17. Dezember 2025
 **Inkrafttreten** geplant nach Verkündung

Mit der Apothekenreform soll die Wirtschaftlichkeit der Apotheken verbessert und ein flächendeckendes Netz der Präsenzapotheken erhalten werden. Dafür werden Pauschalen für Nacht- und Notdienste sowie die Zuschüsse für Teilnotdienste in den Abendstunden angehoben. Zudem wird der Katalog der pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) unter anderem um Screenings zur Früherkennung sowie Impfungen erweitert. Ebenfalls sollen Apotheker:innen unter bestimmten Voraussetzungen verschreibungspflichtige Arzneimittel auch ohne ärztliche Verordnung abgeben dürfen. Nullretaxationen aus formalen Gründen werden eingeschränkt. Aus vdek-Sicht sind vor allem die geplanten Austauschregeln für Rabattarzneimittel, die eingeschränkten Retaxationsmöglichkeiten und die Ausweitung der pDL über die Kernqualifikationen der Apotheker:innen hinaus problematisch. Positiv ist, dass die Forderung der Apotheker:innen für eine pauschale Erhöhung des Packungsfixums nicht aufgegriffen wird und stattdessen die Selbstverwaltung Honorarverhandlungen durchführen soll.

*Stand Redaktionsschluss

Gesundheits- und Pflegepolitik 2026: Viele Wahlen, wenig Zeit

Text von **Rainer Woratschka**

Nach einem gesundheits- und pflegepolitisch weitgehend verlorenen Jahr sind die Erwartungen fürs kommende umso größer. Doch gleichzeitig stehen **fünf Landtagswahlen** an. Und weil es dabei auch für die Regierenden im Bund um sehr viel geht, könnte dies ihren Mut zu entschlossenen Maßnahmen schmälern.

Für Gesundheitsministerin Nina Warken läuft die Zeit. „Die Erwartungshaltung an uns ist hoch, und die Erwartungshaltung ist auch berechtigt“, sagte sie Mitte Januar. Und womöglich meinte die CDU-Politikerin damit auch den Kanzler, der seine Parteifreundin nach den irritierend richtungslosen Empfehlungen der Bund-Länder-AG zur Pflegereform scharf gerüffelt hatte. Das Ergebnis der monatelangen Beratungen sei „nicht befriedigend“, schimpfte Friedrich Merz – und stellte klar, dass er pflege- und gesundheitspolitisch nun möglichst schnell taugliche Konzepte sehen wolle.

Keine leichte Aufgabe für die Ministerin: Zum einen ist die Koalition bei beiden Themen hochgradig uneins. Zum anderen steht es ausgerechnet in Warkens Heimatland Baden-Württemberg gerade politisch Spitz auf Knopf. Am 8. März 2026 wird dort gewählt. Für die CDU geht es nach 15 Jahren um nicht weniger als die Rückeroberung des Ministerpräsidenten-Postens. Bis dahin verbietet sich parteistrategisch eigentlich alles, was die Wähler in irgendeiner Weise als Ärgernis empfinden könnten.

Doch ohne Zumutungen wird es weder bei der Pflegereform noch bei der ebenso dringlichen Finanzstabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehen. Die Kassen drängen auf Vorgaben für eine streng

einnahmeorientierte Ausgabenpolitik. Leistungskürzungen scheinen kaum vermeidbar. Gleichzeitig werden höhere Zuzahlungen für Arzneimittel und Klinikaufenthalte ebenso erwogen wie eine neuerliche Eigenbeteiligung bei Arztbesuchen. Zur Erinnerung: Vor zwei Jahrzehnten hat die erstmalig eingeführte Praxisgebühr der damaligen Ministerin Ulla Schmidt Morddrohungen beschert.

Davon auszugehen, dass Finanzminister Lars Klingbeil plötzlich doch noch einlenkt und kostendeckende Steuermittel für die versicherungsfremden Leistungen der Kassen in Milliardenhöhe herausrückt, ist jedenfalls nicht. Und mit ihren Plänen für ein Primärversorgungssystem, das den bislang freien Zugang zu Fachärzten beschränkt und die Kassenpatienten mit Sanktionsdrohungen zu Umwegen über Hausarztpraxen zwingt, werden die Akteure erst mal auch wenig Sympathien erwerben.

Alles unschöne Debatten, und nach dem Südwesten geht es ja weiter. In Rheinland-Pfalz wird am 22. März gewählt, hier bangt die SPD um den Machterhalt. In Sachsen-Anhalt droht am 6. September eine Regierungsübernahme der AfD, rigide Sparmaßnahmen könnten den Rechtsextremen dort in die Hände spielen. Am 20. September wählen Berlin und Mecklenburg-Vorpommern, hier wie dort sind schwierige Regierungsbildungen zu erwarten. →





Rainer Woratschka
ist Redakteur
Gesundheitspolitik/
Background Gesund-
heit & E-Health beim
Tagesspiegel

Dazu kommen Kommunalwahlen in Bayern, Hessen und Niedersachsen.

Andererseits ist Nichtstun aus Angst vor den Wählern keine Alternative. Allein für die GKV ist ein Defizit von zwölf Milliarden Euro prognostiziert. Weiter steigende Beiträge sind keine Lösung, sie belasten nicht nur die Beschäftigten, sondern die gesamte Wirtschaft. Dennoch ist bereits die Rede von neuerlichen unterjährigen Anhebungen. Und in der Pflege müssten einige Kassen womöglich gar Liquiditätshilfen beantragen. Beides wären verheerende Signale.

Insofern gilt es für die Politik zuoberst, Handlungsfähigkeit unter Beweis zu stellen. Pflege und Gesundheitsversorgung betreffen die Bürger existenziell, ihr Vertrauen ist schon im Keller. Laut Umfrage rechnen nur noch 16 Prozent mit einem Gelingen der angekündigten Reformen. Zwei von drei Befragten fürchten um die Stabilität des solidarischen Systems. Fast ebenso viele treibt die Sorge um, die Kosten für eine eigene Pflegebedürftigkeit nicht aufbringen zu können.

Die Systemreformen erfordern einen Spagat zwischen entschiedenem Handeln und Rücksichtnahme auf soziale Befindlichkeiten.

Die Bundesärztekammer hat 2026 als gesundheits- und pflegepolitisches „Schlüsseljahr“ ausgerufen. Warkens Ankündigungen deuten darauf hin, dass sie es ähnlich sieht. Sieben Gesetze will sie im Jahresverlauf abschließen, sieben weitere Vorhaben neu angehen. An vorderster Stelle: die Pflegereform, die zum Jahresende über die Bühne sein soll – und ein großes GKV-Sparpaket. Vorschläge der Finanzkommission für letzteres sollen der Ministerin zufolge bereits Ende März vorliegen, also kurz nach den beiden wichtigsten Urnengängen. Auf die besondere Bedeutung der Pharmaindustrie für Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz muss dabei dann nicht mehr übermäßig Rücksicht genommen werden. Wenn es der entsprechende Entwurf bis zur Sommerpause ins Kabinett schafft und der Bundestag ihn bis Oktober beschließt, könnte der Schätzerkreis das Gesetz noch für 2027

einpreisen. Keine Selbstverständlichkeit, wie das vergangene Jahr gezeigt hat. Dem Ärger der Kassen, die ihre Etats ohne verlässliche Grundlage aufstellen mussten, wird sich die Ministerin nicht nochmal aussetzen wollen.

Weniger Aufregung ist für die anderen Vorhaben zu erwarten. Das Krankenhausreformsanpassungsgesetz und die Apothekenreform sind bereits durchs Kabinett, für das Medizinregistergesetz und die überfällige Notfallreform ist die Regierungsbefassung im ersten Quartal geplant. Das Hilfsmittelgesetz soll bis Ende März einen Referentenentwurf haben, das Digitalgesetz bis zur Sommerpause. Eckpunkte für das Gesundheitssicherstellungsgesetz für Krisenfälle soll es zum Sommer geben, einen Referentenentwurf bis zum Jahresende.

Des Weiteren will die Ministerin die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen beschleunigen und mit einem weiteren Berufsgesetz die Befugnisse für Pflegekräfte erweitern, „Advanced Practice Nurses“ einführen, Dokumentationspflichten verringern. Vor der Bundestagsbefassung befinden sich zudem die Lebendorganspende-Reform und Nachbesserungen beim Medizinal-Cannabisgesetz. Und für das komplexe Projekt einer stärkeren Patientensteuerung hat Warken einen Referentenentwurf bis Ende des Jahres versprochen.

Bezüglich einer Preisbremse für neue patentgeschützte Arzneimittel und entsprechender Verschärfungen der AMNOG-Nutzenbewertung dagegen bleibt sie vage. Dieses Thema läuft erst mal nur unter dem Stichwort „weitere Vorhaben“. Was kein Wunder ist, denn das Drängen der Kassen kollidiert mit dem Versprechen der Regierenden, die hiesige Pharmaindustrie als Leitindustrie zu stärken.

Doch Kollisionen werden auch an anderer Stelle unvermeidbar sein – insbesondere bei den Systemreformen, die nicht nur wegen der vielen Wahlen einen Spagat zwischen entschiedenem Handeln und Rücksichtnahme auf soziale Befindlichkeiten erfordern. Man darf gespannt sein, ob er der Ministerin gelingt. Sie braucht dafür nicht nur großes Gespür, sondern auch mehr Unterstützung in Parlament und Kanzleramt, als ihrem Vorgänger zur Verfügung stand. ■

Mehr Mut zu Reformen



Im vergangenen Herbst hat die Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeber (BDA) Vorschläge für eine „Gesundheitsreform 2026“ veröffentlicht. Die **vdek-Mitgliederversammlung** bewertete diese als eine gute Grundlage für die gemeinsame Suche nach Lösungen und verabschiedete auf ihrer Sitzung im Dezember 2025 nachfolgende Erklärung.

Die Erklärung im Wortlaut: Die Arbeitgeber greifen mit ihren Reformvorschlägen viele Maßnahmen auf, die auch von uns Ersatzkassen seit Langem eingefordert werden. Wir freuen uns über die weitgehende Übereinstimmung bei

- der Überzeugung, dass die Entwicklung der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wieder in einen Gleichklang zur Entwicklung der Einnahmen gebracht werden muss.
- dem Ziel der Krankenhausreform, mit der ein Umbau der Krankenhauslandschaft nach dem Kriterium der Bedarfsnotwendigkeit erreicht werden muss. Versorgungsaufträge der Länder müssen an die Einhaltung von Qualitätskriterien und Mindestmengen geknüpft sein und Ausnahmen dürfen nur nach bundeseinheitlichen Kriterien gewährt werden.
- der besseren Ausnutzung von Effizienzpotenzialen in der Versorgung. Durch mehr Steuerung, eine Umgestaltung der Notfallversorgung, die Etablierung von Behandlungspfaden. Durch Digitalisierung und Ambulantisierung kann viel für eine zukunftsfeste Versorgung der Versicherten erreicht werden.

- der sachgemäßen Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen. Der Bund muss endlich kostendeckende Beiträge für Bürgergeldbeziehende erstatten und den Bundeszuschuss dynamisieren. Die Länder müssen ihren Verpflichtungen bei der Finanzierung von Investitionskosten für die Krankenhausversorgung und den Rettungsdienst nachkommen.
- der Ablehnung von Wirtschaftsförderungsmaßnahmen zulasten der GKV.
- der Forderung nach Senkung der Mehrwertsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel.

Für uns Ersatzkassen ist jedoch klar, dass es keine Mehrbelastungen der Versicherten geben darf; zunächst müssen diese überfälligen Maßnahmen umgesetzt werden. Der Reformstau des vergangenen Jahrzehnts und der Abbau von Steuerungsinstrumenten dürfen nicht zulasten der Versicherten gehen.

Wir Ersatzkassen fordern die Politik dringend auf, die zahlreichen Ideen, die auf dem Tisch liegen, in mutigen Reformen anzugehen. Die Ersatzkassengemeinschaft steht für den Dialog und die gemeinsame Verständigung auf sinnvolle und wirksame Maßnahmen bereit. *pm*



Dr. Andreas Philippi, geboren am 4. Juli 1965 in Marburg, hat sich nach einem Studium der Humanmedizin sowie der Promotion 2009 als Facharzt für Chirurgie niedergelassen. Bis 2021 war er Ärztlicher Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) Herzberg Klinik. 1982 trat er in die SPD ein, seit 2011 ist er Mitglied der Kreistagsfraktion des Landkreises Göttingen, von 2016 bis 2021 war er stellvertretender Landrat. Von 2021 bis 2023 war er zudem Mitglied des Bundestags und ist seit 2023 Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung in Niedersachsen.

»Wir wollen als Länder Verantwortung tragen«

Seit Beginn dieses Jahres führt Niedersachsen den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Im Interview spricht **Dr. Andreas Philippi**, niedersächsischer Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, über die Schwerpunkte seiner Amtszeit, den langen Weg der Krankenhausreform und die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Interview von Michaela Gottfried und Annette Kessen

Welche Akzente möchten Sie in Ihrer einjährigen Amtszeit als GMK-Vorsitzender setzen?

DR. ANDREAS PHILIPPI Es gibt einige Aspekte, die mir wichtig sind. Dazu gehört die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, kurz ÖGD. 2020 wurde beschlossen, dass dieser mehr Mitarbeiter bekommen, modernisiert und vernetzt werden soll, zudem übernimmt er eine soziale Funktion. Dafür stellen Bund und EU bis 2026 insgesamt 4 Milliarden Euro bereit. Aber der Bund darf sich nächstes Jahr nicht komplett rausziehen. Wir können es uns nicht leisten, auf Situationen wie die Pandemie erst dann zu reagieren, wenn es zu spät ist. Einen zweiten Fokus lege ich auf die zivile Verteidigung und ein vollumfängliches Krisenmanagement. Aus diesem Grund haben wir die NATO zu unserer GMK-Sitzung im Sommer eingeladen und wollen mit ihr über Resilienz sprechen. Drittens liegt ein Schwerpunkt auf der Digitalisierung. Sie ist eine der großen Unterarmstützen, um das Gesundheitssystem gut steuern und Entlastung erzielen zu können und ist gerade auch in Flächenländern wie Niedersachsen wichtig, die beispielsweise teilweise Probleme mit der Akutversorgung von Schlaganfällen haben. Derzeit wird ein Modell erprobt, das einen Rettungswagen mit einem integrierten Computertomographen vorhält, sodass CT-Bilder direkt an Spezialisten übermittelt werden können und somit eine frühere Diagnose und Behandlung ermöglicht werden. Das spielt bei Fahrzeiten von 30 bis 90 Minuten zur nächsten Klinik eine erhebliche Rolle.

Derzeit wird intensiv über die Einführung eines Primärversorgungssystems diskutiert. Wie wichtig ist Ihnen das?

Das Primärarztsystem ist für uns eine zentrale Forderung. Wir glauben, dass es dazu beiträgt, Patientinnen und Patienten frühzeitig anzusprechen, besser zu steuern, die Ressourcen effizienter zu nutzen und die Ärzte zu entlasten, wenn die Allgemeinmediziner als Weichensteller fungieren. Das schließt ein, dass die Ärztinnen und Ärzte weniger Bürokratie ausgesetzt sind, dafür mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten haben. Und auch hier ist die Digitalisierung wieder relevant. Mir ist wichtig, dass wir als Länder jetzt Druck machen, damit schnell ein entsprechender Gesetzentwurf auf dem Tisch liegt. Die primäre Arbeit muss im Bundesgesundheitsministerium geleistet werden, aber wir Länder stehen gerne mit Rat und Tat zur Seite. Uns ist klar, dass es teilweise unterschiedliche Haltungen etwa bei den Fachärzten gibt. Und es wird sicherlich an der ein oder anderen Stelle noch einige Verwerfungen geben. Doch ich wünsche mir nichts sehnlicher, und da bin ich auch zuversichtlich, als dass man sich auf das Wesentliche geeinigt hat, bevor es in den Prozess geht.

Ein Themenfeld, wo die Länder heftig mitreden, ist die Krankenhausreform. Den Ländern wird vorgeworfen, wichtige Ziele der ursprünglichen Reform immer weiter zu verwässern.

Ich verstehe, was gemeint ist, wenn es heißt, die Reform wird aufgeweicht. Aber man muss sich in die Situation der Bundesländer versetzen. Der Föderalismus hat nun mal vorgesehen, →

dass die Krankenhausplanung auf Länderebene gemacht wird. Und wenn wir jetzt, etwas zugespitzt formuliert, mit Härte gegen die Krankenhäuser vorgehen, was Qualität und Mengen angeht, dann hätten viele Krankenhäuser keine Chance zu überleben. Wir müssen eine Abwägung finden zwischen dem, was an Qualität machbar ist und was zumutbar ist. Und wir müssen auch als Länder untereinander unsere Einzelinteressen unter einen Hut bekommen und das bedeutet, Kompromisse zu finden. Das gilt genauso mit Blick auf den Bund, da kam es ebenfalls zu erheblichen Verhärtungen. Wir dürfen uns nicht durch viele Argumente neutralisieren, sondern müssen kompromissfähig sein.

Aktuell reden wir über das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG), das erneut Anpassungen unter anderem bei Qualität, Standortdefinition und Finanzierungsregelungen erfährt. Und wieder streiten sich Bund und Länder. Sie haben einen Kompromissvorschlag eingebracht, um die Anrufung des Vermittlungsausschusses zu vermeiden. Worum geht es Ihnen?

Wir versuchen derzeit, eine gemeinsame Position mit dem Bund zu entwickeln. Dafür haben wir vier wesentliche Punkte abgestimmt, von denen wir glauben, dass sie gut als Vorverhandlung dienen und wir so den Vermittlungsausschuss verhindern und das Inkrafttreten des Gesetzes beschleunigen können. Das betrifft etwa die Ausnahmegenehmigungen für die Qualitätsvorgaben in den Leistungsgruppen, hier brauchen die Länder mehr Beinfreiheit. Derzeit ist vorgesehen, dass wir maximal für drei Jahre im Einvernehmen mit den Krankenkassen Ausnahmen ermöglichen können. Wir erachten hier eine mehrmalige Erteilung der Ausnahmegenehmigung, etwa für zweimal drei Jahre, für erforderlich. Wir wollen planen und auch die Verantwortung tragen. Außerdem wollen wir schauen, wie wir das

mit den Entfernungen geregelt kriegen. Bislang ist vorgesehen, dass mehrere Klinikgebäude nur dann als ein Krankenhausstandort ausgewiesen werden können, wenn diese nicht weiter als 2.000 Meter voneinander entfernt liegen. Wir fordern eine Erweiterung auf 5.000 Meter.

Wie wollen Sie Qualität unter solchen aufgeweichten Bedingungen sicherstellen?

Als Chirurg sage ich immer: Ob ich den Blinddarm in einem Grund- und Regelversorger operiert bekomme oder in einem Schwerpunktversorger oder in einem Maximalversorger, die Qualität der Blinddarmoperation muss überall gleich sein. Das ist durch Facharzt Kriterien auch gewährleistet. Nun sollen Leistungsgruppen eingeführt werden, für die Mindestanforderungen an die Qualität festgelegt werden. Aber natürlich lassen sich nicht alle Leistungsgruppen an jedem Ort jemals abbilden. Daher brauchen wir Kriterien für eine möglichst gerechte Ausgestaltung der Krankenhauslandschaft und müssen überlegen, was wir den Menschen zumuten können, etwa was Anfahrtszeiten betrifft. Man muss aber auch sehen: In Niedersachsen kann jeder in zehn Minuten in einer Endoprothetik versorgt werden. Zehn Minuten, das ist fast nichts. Das kann wiederum auch nicht Sinn und Zweck der ganzen Sache sein.

Ein Kritikpunkt der Krankenkassen ist auch die nicht vorhandene Definition von Fachkrankenhäusern. Im Grunde könnte jedes Krankenhaus als Fachkrankenhaus ausgewiesen werden, das hat mit Konzentration, Bedarfsgerechtigkeit und Qualität wenig zu tun. Die Krankenkassen fordern eine bundesweite Definition vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die Länder wollen, dass die Definition in Landeshoheit liegt.



Warum sollte die Definition eines Fachkrankenhauses beispielsweise in Niedersachsen anders aussehen als in Bayern?

Weil sich die strukturellen Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung regional teils deutlich voneinander unterscheiden. Krankenhäuser in Stadtstaaten stehen vor anderen Herausforderungen als beispielsweise in Flächenländern wie Niedersachsen. Sollte die Regelung, so wie sie aktuell im Gesetzentwurf vorgesehen ist, tatsächlich kommen, würde dies für einige Landkreise eine regelrechte Schließungswelle bedeuten. Das kann nicht in unserem Interesse liegen.

Für den Umbau der Krankenhauslandschaft wird ein 50 Milliarden Euro schwerer Transformationsfonds aufgesetzt, finanziert zu gleichen Teilen von Bund und Ländern. Jetzt fordern Sie, dass die Länder Mittel aus dem Sondervermögen nach dem Länder- und Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetz für die Kofinanzierung des Fonds nutzen können. Zudem fordern Sie, dass der Fonds nicht nur neue Strukturen fördert, sondern auch die Modernisierung bestehender Krankenhäuser. Führt dies nicht zu einer Zweckentfremdung des Fonds und einer Kompensation der unzureichenden Investitionsförderung der Länder?

Wir haben in Niedersachsen früh mit dem Transformationsprozess angefangen. Derzeit sind mehrere Zentralkliniken im Bau, die in wenigen Jahren weite Teile des ländlichen Raumes absichern werden. Es wäre in meinen Augen falsch, wenn die Bundesmittel nicht auch für diese Projekte aufgewendet werden dürften. Kliniken, die sich schon früh auf den Weg gemacht haben, ihre Strukturen anzupassen, sollten keine Nachteile haben gegenüber denjenigen, die es jetzt tun. Neben der Etablierung neuer Strukturen ist aber eben auch die Weiterentwicklung vorhandener versorgungsrechtlicher Strukturen zur

» Wir müssen auch als Länder untereinander unsere Einzelinteressen unter einen Hut bekommen.«

Sicherstellung der Versorgungssicherheit erforderlich, insbesondere in den ländlich geprägten Regionen. Daher muss der Transformationsfonds auch dort gelten, wo nur ein Krankenhaus zur Verfügung steht und wo Transformation nicht nur die Zusammenlegung ist, sondern auch Konzentration und Übergang von stationärer hin zu ambulanter Behandlung. Das betrifft in Niedersachsen etwa die Regionalen Gesundheitszentren, die als sektorübergreifende Versorger geeignete Alternativen für Regionen sein können, in denen der Betrieb eines Krankenhauses nicht mehr effizient genug ist.

Diese vier Forderungen treffen nun aber genau den Kern der Reform. Werden dadurch nicht die ursprünglichen Ziele der Reform zunichte gemacht?

An den ursprünglichen Zielen, also Qualitätssteigerung durch Konzentration, wollen wir nicht rütteln. Auch die Leistungsgruppen oder die Vorhaltevergütung stellen wir nicht infrage. Allerdings ist der Entwurf aus Sicht der Länder zu sehr von Berlin aus gedacht und berücksichtigt zu wenig die Anforderungen der Flächenländer. Eine Reform bringt wenig, wenn am Ende die medizinische Versorgung darunter leidet. Insofern geht es mir



12.11.2025 1. Lesung Bundestag KHAG

21.11.2025 1. Durchgang Bundesrat KHAG

21.11.2025 Anruf Vermittlungsausschuss durch Bundesländer bezüglich des Gesetzes zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP)*

*Ein Artikel des Gesetzes regelt die Klinikvergütungen für das Jahr 2026

17.12.2025 Anhörung Bundestag KHAG

01.01.2026 Inkrafttreten BEEP

Noch nicht terminiert 2./3. Lesung Bundestag KHAG; 2. Durchgang Bundesrat KHAG

17.12.2025 Einigung Vermittlungsausschuss zum BEEP



Auch in Niedersachsen wurden schon Krankenhäuser geschlossen. Wie erklären Sie das der Bevölkerung?

Wir müssen auf die Menschen zugehen und ihnen klar machen, was wir mit der Krankenhausreform bezwecken und dass die Schließung eines Krankenhauses nicht eine Verschlechterung der Versorgung bedeutet. Denn es entstehen ja neue Häuser mit Schwerpunkten, wodurch wir

nicht darum, das Gesetz bis zur Unkenntlichkeit zu verwässern, sondern es an einzelnen Stellen gezielt zu optimieren.

In Deutschland gibt es derzeit rund 1.800 Krankenhäuser, in Niedersachsen sind es derzeit rund 160 Krankenhäuser. Wie viele Krankenhäuser werden durch Konzentration von der Krankenhauslandschaft wegfallen? Und glauben Sie, dass es durch die Krankenhausreform auch zu Einsparungen kommen wird?

Das lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht seriös einschätzen. Vieles hängt davon ab, wie genau die Leistungsgruppen und Qualitätsvorgaben im KHAG geregelt werden. Aber erlauben Sie mir an dieser Stelle den Einschub, dass Konzentration nicht unbedingt Schließung bedeutet. Im Heidekreis beispielsweise führen wir derzeit zwei kleinere Krankenhäuser zu einem Zentralklinikum zusammen. Das ist ein echter Gewinn für die Region. Ich verstehe es, wenn Menschen Sorgen haben. Aber die Fahrzeiten sind nicht allein ausschlaggebend für eine gute medizinische Versorgung. Es nützt nichts, ein Krankenhaus in unmittelbarer Nähe zu haben, welches dann jedoch bei bestimmten Leistungen kaum oder wenig Expertise vorweisen kann. Zugleich verbessert

eine bessere Qualität erzielen. Ich hatte es eben bereits erwähnt: In Niedersachsen bauen wir neue Zentralkrankenhäuser, während dafür andere Krankenhäuser vom Netz gehen. Aber dann konzentriert sich die Versorgung auf diese Zentralkrankenhäuser, die keinen Fachkräftemangel aufweisen und gut erreichbar sind. Möglicherweise wird es als Krankenhausschließung wahrgenommen, aber mein Narrativ ist, dass dafür Neues und Besseres entsteht, wir konzentrieren Leistungen. Genauso muss die Politik auch den Krankenhausträgern klar machen, dass sie neu denken, sektorenübergreifend arbeiten, Verbündete finden und Kompromisse eingehen müssen, sonst überleben sie als Krankenhaus nicht.

Zuletzt noch ein Blick auf die Finanzen: Die GKV verzeichnet enorme Ausgabensteigerungen. Eine Finanzkommission Gesundheit soll bis Ende März 2026 erste Maßnahmenvorschläge zur Stabilisierung der Beitragssätze ab 2027 vorlegen. Wie wollen Sie die Aufwärtsspirale stoppen?

Zunächst muss ich sagen: Es war ein großer Fehler der damaligen Bundesregierung, mit dem Versichertenentlastungsgesetz die gesetzlichen Krankenkassen dazu zu verpflichten, ihre Finanzreserven abzubauen. Dann müssten wir jetzt nicht darüber nachdenken, ob die Kassenbeiträge weiter steigen. Natürlich ist in den vergangenen Jahren vieles teurer geworden. Zugleich ist die Medizin mittlerweile auch viel individualisierter. Es gibt Medikamente und Therapien, die teilweise mit sehr hohen Kosten verbunden sind. Aber will man das den Menschen verwehren? Meiner Ansicht nach darf auch das Alter kein Kriterium dafür sein, ob jemand eine bestimmte Behandlung erhält oder nicht. Hier besteht viel Diskussionsbedarf. Es gibt natürlich auch Defizite struktureller Art. So kann man zum Beispiel darüber sprechen, wie mit den Freibeträgen für Angehörige umgegangen werden soll. Es ist ein schwieriger Spagat zwischen dem Ziel, dass es nicht teurer werden darf und dem Ziel, dass es nicht weniger Leistung geben darf. Hier erhoffe ich mir von der Kommission konkrete Vorschläge, allerdings nicht zulasten der Versorgungsqualität. ■

»Am ursprünglichen Ziel, Qualitätssteigerung durch Konzentration, wollen wir nicht rütteln.«

die Bündelung von Kompetenz die Wirtschaftlichkeit in den Kliniken. Viel entscheidender hierbei ist allerdings, dass Patientinnen und Patienten besser gesteuert werden. Deswegen setzen wir in Niedersachsen auf eine verstärkte Ambulantisierung. Den Menschen ist es am Ende des Tages prinzipiell egal, ob sie stationär oder ambulant abgerechnet werden. Die Hauptsache ist, dass die Behandlungsqualität stimmt.

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen



VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

Gemeinsam für Hessen: Der neue Krankenhausplan ist da

Hessen ordnet seine Krankenhausstrukturen neu. Im neuen Krankenhausplan vom Dezember 2025 legt das Land fest, wie die stationäre Versorgung in den kommenden Jahren aussehen soll. Der Plan markiert einen Übergang von reiner Bestandsbeschreibung hin zu einer aktiven und gezielteren Planung: **Leistungen werden künftig nicht mehr primär Fachabteilungen zugeordnet, sondern Leistungsgruppen mit klar definierten qualitativen Anforderungen.** Krankenhäuser müssen nachweisen, dass sie personell, technisch und organisatorisch in der Lage sind, bestimmte Behandlungen auf dem geforderten Niveau zu erbringen. Damit bekommt die Qualität der Versorgung ein stärkeres Gewicht auch bei der Planung. Der neue Krankenhausplan wurde in mehr als 20 Sitzungen einer Arbeitsgruppe des Landeskrankenhausausschusses als zuständigem

Planungsgremium gemeinsam mit allen relevanten Akteuren erarbeitet. Dieses partnerschaftliche Vorgehen ist keineswegs selbstverständlich, betonte Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung: „Der neue Krankenhausplan für Hessen wurde von allen Beteiligten auf Augenhöhe erarbeitet und bietet die Chance für eine aktive und realistische Krankenhausplanung. Damit werden die Weichen für eine moderne, bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Krankenhauslandschaft gestellt. **Dazu müssen bestehende Strukturen weiter kritisch überprüft und weiterentwickelt werden.** Nur so kann die hessische Gesundheitsversorgung durch eine konsequente Neuausrichtung der Krankenhausversorgung deutlich verbessert werden. Der Plan schafft mehr Transparenz darüber, welche Leistungen wo erbracht werden dürfen – ganz im Sinne der Patientensicherheit.“ *hk*



Diskutierten beim vdek-NetzwerkTalk (v.l.): Dr.med.Tobias Kroggel (MVZ Alte Poliklinik Lauchhammer GmbH), Prof.Dr.Anna Slagman, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Dr.Burkhard Ruppert (Kassenärztliche Vereinigung Berlin), Rebecca Zeljar (Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg), Susanne Hertzner (TK-Landesvertretung Berlin/Brandenburg), Michael Zaske (Ministerium für Gesundheit und Soziales Brandenburg), Moderator Denis Nößler (Journalist)

VDEK-LANDESVERTRETUNG BERLIN/BRANDENBURG

„Gut gesteuert, besser versorgt?!“ vdek-NetzwerkTalk in Potsdam

Wie lässt sich das Gesundheitswesen so steuern, dass Patientinnen und Patienten zur richtigen Zeit die richtige Versorgung erhalten – und gleichzeitig vorhandene Ressourcen effizient eingesetzt werden? Diese Leitfrage stand im Mittelpunkt des vdek-NetzwerkTalks 2025 der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg. Am 24. November kamen rund 50 Gäste in Potsdam zusammen, um unter dem Titel „Gut gesteuert, besser versorgt?! – Patientenmanagement als Schlüssel für eine zukunftssichere Gesundheitsversorgung“ über moderne Ansätze der Patientensteuerung zu diskutieren. Nach der Begrüßung durch Rebecca Zeljar, Leiterin der vdek-Landesvertretung, eröffnete Prof. Dr. Anna Slagman (Charité – Universitätsmedizin Berlin) die Veranstaltung mit einem wissenschaftlichen Impuls. Sie zeigte auf, welchen Beitrag eine wirksame Patientensteuerung auch für die Notfallreform leisten kann – und formulierte Mindestanforderungen an jedes

Steuerungsmodell: verbindliche Anmeldung, zeitnahe Versorgung, sichere Diagnostik sowie eine fachkundige ärztliche Besetzung. In der anschließenden Diskussionsrunde wurde deutlich: Berlin und Brandenburg stehen vor unterschiedlichen, aber komplementären Herausforderungen. **Während in Brandenburg Erreichbarkeit und Stabilität der Versorgung gesichert werden müssen, geht es in Berlin darum, die hohe Angebotsdichte besser zu strukturieren und unnötige Mehrfachkontakte zu vermeiden.** Zeljar unterstrich, dass Patientensteuerung keine Bevormundung bedeutet, sondern Orientierung schafft, Versorgungswege nachvollziehbar macht und Qualität durch bessere Koordination erhöht. Innovative Ansätze wie Patientenlotsenprogramme, telemedizinisch gestützte Angebote oder neue Berufsrollen – etwa Physician Assistants – zeigten bereits heute, wie Ressourcen gezielter eingesetzt werden können und die Versorgung verbessert werden kann. vb

Zahnarzt-Honorare für vier Jahre vereinbart

Die jahrelange Auseinandersetzung über die Honorare für die vertragszahnärztliche Versorgung im nördlichsten Bundesland ist beendet. Hier ist der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein für die Ersatzkassen ein Honorarabschluss für vier Jahre mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) gelungen. Vor allem mit Blick auf die Vergangenheit wurde damit ein gordischer Knoten durchschlagen. Anders als im ärztlichen Bereich wird das Honorar der Zahnärzte nicht gemeinsam und einheitlich von allen Krankenkassen verhandelt, sondern individuell für jede Kassenart. Nachdem sich die Ersatzkassen mit der KZV Schleswig-Holstein für das Jahr 2022 nicht auf eine Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen verständigen konnten, musste die Vergütungsanpassung im Juli 2023

durch das Landesschiedsamt festgesetzt werden. Diese Entscheidung des Schiedsamtes wurde von den Ersatzkassen beklagt. Aufgrund des langwierigen Klageverfahrens verzögerten sich auch die Verhandlungen für die Folgejahre ab 2023 erheblich. Bis zu einer Einigung zwischen den Vertragsparteien galt die Vergütung, wie sie das Schiedsamt 2023 festgesetzt hatte. Nach

intensiven Gesprächen konnte nun eine einvernehmliche Lösung gefunden werden. Dabei konnten sich die Ersatzkassen und die KZV nicht nur auf eine Honorarvereinbarung für das lange strittige Jahr 2022 verständigen, vielmehr wurde ein Gesamtpaket für die Jahre 2022 bis 2025 vereinbart. Mit dem jetzt erreichten Abschluss ist auch eine solide Grundlage für eine Einigung für das aktuelle Honorarjahr 2026 geschaffen. *fu*



Staffelstabübergabe: Programm „teamw()rk“ wird mit der neuen Förderphase komplett von vdek betreut

Ab 2026 betreut die vdek-Landesvertretung Thüringen alle zwölf Thüringer Jobcenter, die sich am Programm „teamw()rk“ beteiligen. Seit 2014 gibt es dieses bundesweite Programm des GKV-Bündnisses für Gesundheit und der Bundesagentur für Arbeit, das es sich zum Ziel macht, die Gesundheit und die Motivation von arbeitslosen Menschen zu stärken, um sie wieder in Arbeit zu bringen. Mit dem Start der „teamw()rk“-Förderphase V ab 1. Januar 2026 war auch eine Staffelstabübergabe verbunden: Die AOK PLUS übergab die bis dahin von ihr betreuten Standorte symbolisch an den vdek. Bisher hatten sich beide Krankenkassenverbände gemeinsam im Programm engagiert. Der vdek übernimmt die Koordination im Auftrag



Staffelstabübergabe (v.l.): Katharina Röstel, Tim Dietrich, Franziska Peyerl (alle vdek), Inga Werneburg, Sabine Oberländer (beide AOK PLUS)

aller gesetzlichen Krankenkassen. Die Staffelstabübergabe fand im Rahmen des jährlichen „teamw()rk“-Erfahrungsaustausches statt. Vertreter von Jobcentern und Kommunen diskutierten gemeinsam mit den Koordinatorinnen die Herausforderungen in der Praxis, schauten auf die vergangene Förderphase zurück und nahmen die Schwerpunkte der Förderphase V bis Ende 2028 in den Blick. Diese steht vor allem im Zeichen der Verstetigung, der Nachhaltigkeit und in der intensiveren Kooperation mit den Kommunen. Das

Programm soll fest in den Strukturen und Angeboten der Jobcenter verankert sein und nachhaltige Effekte durch noch mehr Vernetzung zeigen. Geplant sind mehr Kooperationsvereinbarungen zwischen den Jobcentern und den Kommunen. *ao*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BAYERN

Austausch mit Gesundheitsministerin Gerlach:
Entschlossenes politisches Handeln gefragt

Der vdek und die Ersatzkassen engagieren sich konsequent für eine zukunftssichere Gesundheitsversorgung in Bayern. In enger Zusammenarbeit mit der Politik treibt die Ersatzkassengemeinschaft innovative Lösungen voran, die den Menschen im Freistaat eine verlässliche und qualitativ hochwertige Versorgung bieten. Vor diesem Hintergrund tauschten sich die Spitzen der bayerischen Ersatzkassen am 12. Dezember 2025 mit der Bayerischen Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, Judith Gerlach (CSU), über aktuelle Herausforderungen und anstehende Reformvorhaben im Gesundheitswesen aus. **Nach einem Überblick zur aktuellen Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung diskutierten die Teilnehmenden intensiv**



Mitglieder des vdek-Landesausschusses Bayern mit Staatsministerin Judith Gerlach (CSU)

über notwendige Maßnahmen zur Stabilisierung beider Systeme. Dabei wurde deutlich: Ohne entschlossenes politisches Handeln droht sich die finanzielle Schieflage weiter zu verschärfen. Notwendig sind sowohl kurzfristig wirkende Entlastungen als auch grundlegende Strukturreformen, darunter die Krankenhaus- und Notfallreform. **Im Fokus des Dialogs stand außerdem die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung**

als Schlüssel für ein zukunftsfähiges und leistungsstarkes Versorgungssystem. Thomas Hackenberg, Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, betonte: „Der konstruktive Austausch mit Staatsministerin Gerlach zeigt, wie wichtig die enge Zusammenarbeit zwischen Politik und Krankenkassen ist, um wirkungsvolle und tragfähige Konzepte für die Zukunft zu entwickeln.“ *lf*

VDEK-LANDESVERTRETUNG SAARLAND

Hand in Hand für eine zukunftssichere Pflege

Auf Einladung einer Gruppe Studierender waren Janine Poth-Schwindling (Bildmitte) und Angela Legrum (im Bild rechts) von der vdek-Landesvertretung zu Gast beim Fachtag „Zukunft der Gesundheit“ in der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw). Nach einer inhaltlichen Einführung – vor allem zur Zukunft der psychischen Gesundheitsversorgung – konnten sich die Studierenden über verschiedene Bereiche und Arbeitsfelder informieren. Die Studierenden wurden gefragt, wie sie die aktuelle Gesundheitsversorgung in Deutschland einschätzen. **Im Anschluss wurde in dem Workshop „Stadt, Land, Dorf – wie sieht die Gesundheitsversorgung der Zukunft aus“ diskutiert, wo die Herausforderungen in der sozialen Pflegeversicherung liegen.** Man war sich



schnell einig, dass sich etwas ändern muss. Stichworte waren zum Beispiel Fachkräftemangel, mehr Kompetenzen für Pflegefachkräfte in der Versorgung, Finanzierung in einer alternden Gesellschaft sowie die hohen Eigenanteile für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Sogar erste Lösungsansätze wurden gefunden. Auch wenn diese nicht neu sind, so fehlt es derzeit noch an dem politischen Willen, die notwendigen Strukturreformen in der Pflegeversicherung anzugehen. **Daher müssen die Forderungen und die Lösungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ständig erneuert und konsequent weiterentwickelt werden.** „Pflege geht uns alle an, daher sollten wir gemeinsam an der Zukunft der Pflege arbeiten“, nahmen sich die Studierenden für ihre weitere berufliche Laufbahn vor. *aml*

X @vdek_NRW #ASV-Dialog NRW: Ein Fachgespräch über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung in #NRW aus verschiedenen Blickwinkeln. Mit Schirmherr Daniel Hagemeier, MdL #CDU und @MatthiasHeidmeier vom @MAGS_NRW. Dirk Ruiss, Leiter @vdek_NRW brachte seine Expertise aus Kassensicht ein.

X @vdek_BW Danke für die Einladung! Besuch im #Port #Gesundheitszentrum Hohenstein. BM Simon Baier stellt das Gesundheitszentrum @MichaelMruck et al. vor. Chirurgisch-orthopädische Versorgung, #Zahnarztpraxis u. nicht ärztliche Angebote #Physiotherapie #Pflegestützpunkt, #Hebammenpraxis.

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

vdek-Neujahrsforum 2026: Gesundheitssektor in Sachsen zukunftsfest aufstellen

Gesundheit steuern – Vertrauen sichern. Koordination, Qualität und Patientenorientierung in der Versorgung“ – unter diesem Titel stand das diesjährige Neujahrsforum der vdek-Landesvertretung Sachsen. **Patientensteuerung, Qualität in der Versorgung und Patientensicherheit bilden zentrale Elemente eines modernen Gesundheitssystems und sind eng miteinander verknüpft.**

Zur besseren Ausgestaltung eines sicheren und effektiven Behandlungsprozesses sowie einer sektorenverbindenden Versorgung und einer leistbaren Rollenverteilung zwischen Patienten und Gesundheitsakteuren, diskutierten am 9. Januar 2026 auf dem Podium Bundestagsabgeordnete Nora Seitz (CDU), die sächsische Gesundheitsministerin Petra Köpping (SPD), die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen Dr. Stefan Windau und Erkan Ertan, Leiter des Arbeitsstabs des Patientenbeauftragten, unter anderem zu folgenden Fragen: Wie gelingt die kluge Organisation von Versorgungspfaden, die Zugang zu bedarfsgerechten Angeboten ermöglichen – abseits von Über-, Unter- und Fehlversorgung? Seitz betonte, dass die Koalition die Stärkung der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Versorgung fest im Koalitionsvertrag verankert hat und ergänzte: „Auch bei der Frage nach einer besseren Koordination, höheren Qualität und stärkeren Patientenorientierung in der Versorgung ist es entscheidend, die Stimmen und Erfahrungen aus der Praxis ernst zu nehmen und genau hinzuhören.“ In ihrem Impulsvortrag für eine moderne patientenorientierte Versorgung

zeigte Elsner auf, dass die Lösungen bereits auf dem Tisch liegen: „Es braucht moderne und zeitgemäße Versorgungsstrukturen sowie eine unterstützende Orientierung der Versicherten im Gesundheitswesen, mit der gleichzeitigen Stärkung der Versichertenautonomie.“ Sachsens Gesundheitsakteure sind sich bewusst, die Herausforderungen für die kommenden Jahre sind

groß – aber der gemeinsame Wille zur Gestaltung ist es auch. „Sachsen hat mit Ihrem Zielbild 2030 Gesundheitsversorgung bewiesen, wie ein Reformprozess wichtige Akteure einbinden und zugleich den Blick auf die Bedarfe von Patientinnen und Patienten sichern kann“, so Ertan eindrucksvoll. Köpping bekräftigte in ihrem Grußwort: „Gemeinsames Ziel aller Akteure des Gesundheitswesens muss daher sein, sektorenübergreifende Strukturen zu schaffen und zu stärken.

Nur wenn alle Akteure zusam-

menwirken, können wir die medizinische Versorgung nachhaltig entwickeln – und so das Vertrauen in unsere hervorragende Gesundheitsversorgung sichern.“ Mut, Kultur der Offenheit und digitale Innovation als Chance zur Verbesserung werden in Zukunft gebraucht. Silke Heinke, Leiterin der Landesvertretung Sachsen, resümierte: „Die gesundheitssektoralen Versorgungsstrukturen sind unter Druck geraten. Zunehmend knappe Ressourcen machen deutlich, wie wichtig es ist, neue Wege zu denken. Dabei können Telemedizin und regionale Gesundheitszentren dazu beitragen, unseren sächsischen ländlichen Raum lebenswert zu halten.“ Windau warb zudem für die Bedeutung der ambulanten Ärzteschaft für künftige Steuerungsmodelle. *aw*

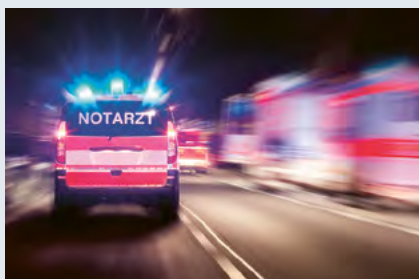


Auf dem Podium diskutierten (v.l.): der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen Dr. Stefan Windau, die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, die sächsische Gesundheitsministerin Petra Köpping, die Bundestagsabgeordnete Nora Seitz und Moderatorin Diana Smikalla sowie Erkan Ertan (Leiter des Arbeitsstabs des Patientenbeauftragten) in der Live-Zuschaltung

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN-ANHALT

Gutachten zur Notfallversorgung: Klare Empfehlungen, Umsetzung offen

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) unterstützte das Innenministerium mit 80.000 Euro für die Erstellung des Landesgutachtens zur notärztlichen Versorgung. Die Ergebnisse liegen den Kostenträgern nun vor. Es zeigt den Handlungsbedarf und bietet eine belastbare Grundlage für die Novellierung des Rettungsdienstgesetzes Sachsen-Anhalts. **Das Gutachten schlägt die Schließung von sechs Notarzt-Standorten aufgrund niedriger Einsatzzahlen sowie die Verlegung weiterer Standorte vor.** Dieser Strukturwandel soll über Kooperationen auf kommunaler Ebene stattfinden – mit vagen Erfolgsaussichten. Zugleich bewahrt der Gesetzentwurf die Hilfsfrist für Notärzte trotz Integration des Telenotarztes als Planungsgröße und erschwert so strukturelle Anpassungen. Auch darüber hinaus bleibt der Entwurf



hinter den Empfehlungen zurück. Mit 42,2 Notarzteinsetzten je 1.000 Einwohner liegt Sachsen-Anhalt deutlich über dem Bundesdurchschnitt. **Eine verbindliche Umsetzung von Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfaden im Rettungsdienst könnte die Notarzteinsetze spürbar reduzieren; dieses Potenzial wird im Gesetzentwurf jedoch durch Ausnahmeregelungen abgeschwächt.** Bei der dringend erforderlichen Reform der Leitstellenstruktur setzt das Innenministerium

zudem auf Qualifikationsvorgaben statt auf verbindliche Entscheidungen. Der vdek kritisiert dieses Vorgehen, signalisiert dem Ministerium jedoch seine Unterstützung. Er begleitet die Gespräche zu den Notarzt-Standorten und plädiert für klare landesweite Vorgaben, eine zentrale Planung sowie verbindliche Strukturreformen. *els*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BADEN-WÜRTTEMBERG

Landtagswahl: Im Austausch mit den Landtagsfraktionen

Die Landespolitik ist sich einig: Was wir im Gesundheitswesen brauchen und politisch dringend umsetzen müssen, sind sektorenübergreifendes Denken, Delegation, Digitalisierung und Entbürokratisierung. Anlässlich der am 8. März 2026 stattfindenden Landtagswahl hatte die Landesvertretung die gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher der Landtagsfraktionen von CDU, Grünen, FDP und SPD zu



Die gesundheitspolitischen Vertreter der Landtagsfraktionen von CDU, Grünen, FDP mit Vertreter:innen der Ersatzkassen

einem Austausch in den vdek-Landesausschuss eingeladen. Konsens war: Es braucht eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgungsplanung, die zu einer geregelten Arbeitsteilung führt und existierende Doppelstrukturen abbaut. In Zeiten des ausgeprägten Fachkräftemangels ist ein sektorenübergreifender Wettbewerb um das Personal kontraproduktiv, es darf nicht zu einer

kostenintensiven Abwerbung von Personal aus anderen Bereichen (beispielsweise der Altenpflege) kommen. Die Möglichkeiten zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten müssen geschaffen bzw. erweitert werden. **Damit besonders qualifiziertes Personal wie insbesondere Physician Assistants flächendeckend in der Versorgung zum Einsatz kommen kann, müssen unter anderem einheitliche Standards für Aus- und Fortbildung geschaffen und**

ihre Tätigkeitsumfänge klar definiert werden. Ein digitales Gesundheitswesen benötigt digitale Teilhabe, sowohl von Patient:innen als auch von medizinischem Fachpersonal. Wie digitale Angebote einfach genutzt und sicher eingesetzt werden, sollte fester Bestandteil der medizinischen Aus- und Weiterbildungen aller Leistungserbringer:innen sein. *fw*



EINWURF

Chance auf Erneuerung der Kliniklandschaft nicht verspielen

Text von **Ulrike Elsner**, Vorstandsvorsitzende des vdek

Die neue Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, die von der Vorgängerregierung verabschiedete Klinikreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) in drei wesentlichen Punkten weiterzuentwickeln: 1. Finanzierung des GKV-Anteils für den Transformationsfonds in Höhe von 25 Milliarden Euro aus Steuergeldern. 2. Mehr Gestaltungsspielräume der Länder etwa durch Ausnahmenregelungen und Kooperationen vor allem in ländlichen Regionen. 3. Verschiebung des Zeitplans bei der Zuweisung der neuen Leistungsgruppen an Krankenhäuser auf den 1. Januar 2027. Bereits im vergangenen Jahr wurde deshalb das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) in das parlamentarische Verfahren eingebracht, das nun zu weiteren Differenzen zwischen Bund und Ländern führt. Die Länder nutzen das KHAG erneut, um erhebliche Aufweichungen in puncto Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung durchzusetzen.

Immerhin unstrittig ist die neue Finanzierungsregelung des Transformationsfonds, mit dem die Beitragszahlenden der GKV von weiteren Kosten entlastet werden sollen. Der Umbau der Krankenhauslandschaft ist Sache des Staates, nicht der Beitragszahlenden! Dazu brauchen wir rasch eine gesetzliche Grundlage, denn die Fördergelder können nach dem KHVVG bereits ab 2026 beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) abgerufen werden. Allerdings lehnen wir als vdek die neue Forderung der Länder klar ab, wonach Mittel aus dem

Transformationsfonds nicht nur für die Förderung neuer Strukturen verwendet werden sollen, sondern auch für Instandsetzung bestehender Krankenhäuser. Das widerspricht klar der Zielsetzung des Fonds.

Darüber hinaus fordern die Länder, dass die Ausnahmeregelungen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen an die Krankenhäuser nach Qualität – etwa die Zahl der notwendigen Fachärzte je Leistungsgruppe – von bis zu sechs Jahren verlängert werden können. Weiterhin soll die sogenannte Standortdefinition von zwei Kilometern auf einen größeren Umkreis erweitert werden. Diese besagt, dass mehrere Krankenhäuser in dem entsprechenden Umkreis kooperieren können, um eine Leistung, wie eine Herz-OP, anbieten zu können, auch wenn nicht jeder Standort die entsprechenden Qualitätsstandards vollständig erfüllt. Diese Art von Standortdefinition stellt ein erhebliches Risiko für das Patientenwohl dar, gerade im Notfall. Hier wird deutlich, dass die Wohnortnähe kein Maßstab für gute Qualität ist. Auch dürfen Ausnahmeregelungen auch in ländlichen Regionen nicht zum Normalfall werden.

Bund und Länder müssen sich daher wieder auf die ursprünglichen Ziele der Reform zurückbesinnen und das KHAG ohne weitere Abstriche verabschieden, denn sonst konservieren wir weiterhin mit viel Geld marode Strukturen. Wir dürfen die Chance nicht verspielen, die Krankenhausstrukturen qualitativ hochwertig und zukunftsgerecht aufzustellen. Ansonsten verlieren wir viel und gewinnen nichts durch die Klinikreform! ■

2026: Reformjahr für Gesundheit & Pflege



Die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) laufen immer weiter aus dem Ruder. 2026 werden sie in der GKV ein Rekordniveau von geschätzt rund 370 Milliarden Euro und in der SPV von geschätzt rund 80 Milliarden Euro erreichen.



Hier muss jetzt dringend gegengesteuert werden – mit einer Orientierung der Ausgaben- an der Einnahmenentwicklung, einer besseren Steuerung der Versorgung und mehr gesamtgesellschaftlicher Verantwortung bei der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen.

Ausgaben in der GKV wirksam begrenzen – und die Versorgung modernisieren

Die **finanzielle Lage in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** spitzt sich weiter zu. Auch die soziale Pflegeversicherung (SPV) steht finanziell unter hohem Druck. Um beide wichtigen Säulen der sozialen Sicherung auch für die Zukunft modern und demografiefest aufzustellen, fordert der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) eine strikte Orientierung der Ausgaben- an der Einnahmenentwicklung, bessere Steuerung der Versorgung und mehr gesamtgesellschaftliche Verantwortung bei der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Zugleich setzt sich der vdek für eine jährliche Entlastung der GKV um weitere Milliardenbeträge ein.

Die Beitragssatzerhöhungen in der GKV zu Beginn des Jahres hätten alle wachgerüttelt, sagte Ulrike Elsner auf der Neujahrs-Pressekonferenz des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) am 28. Januar 2026. „Der durchschnittliche erhobene Zusatzbeitragssatz liegt mittlerweile bei 3,13 Prozent und ist damit doppelt so hoch wie vor drei Jahren. Ohne tiefgreifende Reformen erwarten wir für 2027 erneut eine Finanzierungslücke von mehr als zehn Milliarden Euro.“ 2026 müsse daher „das Jahr echter Reformen“ werden. Dringend benötigt würden erstens eine solide Finanzierung und zweitens neue Impulse für die Versorgung.

Starker Anstieg der GKV-Ausgaben

Gründe für das massive Ausgabenproblem in der GKV, das sich insbesondere seit 2024 verschärft hat, sind dem vdek zufolge eine teure Gesetzgebung, die Schwächung von Maßnahmen zur Ausgaben- und Mengensteuerung, erhebliche Vergütungs- und

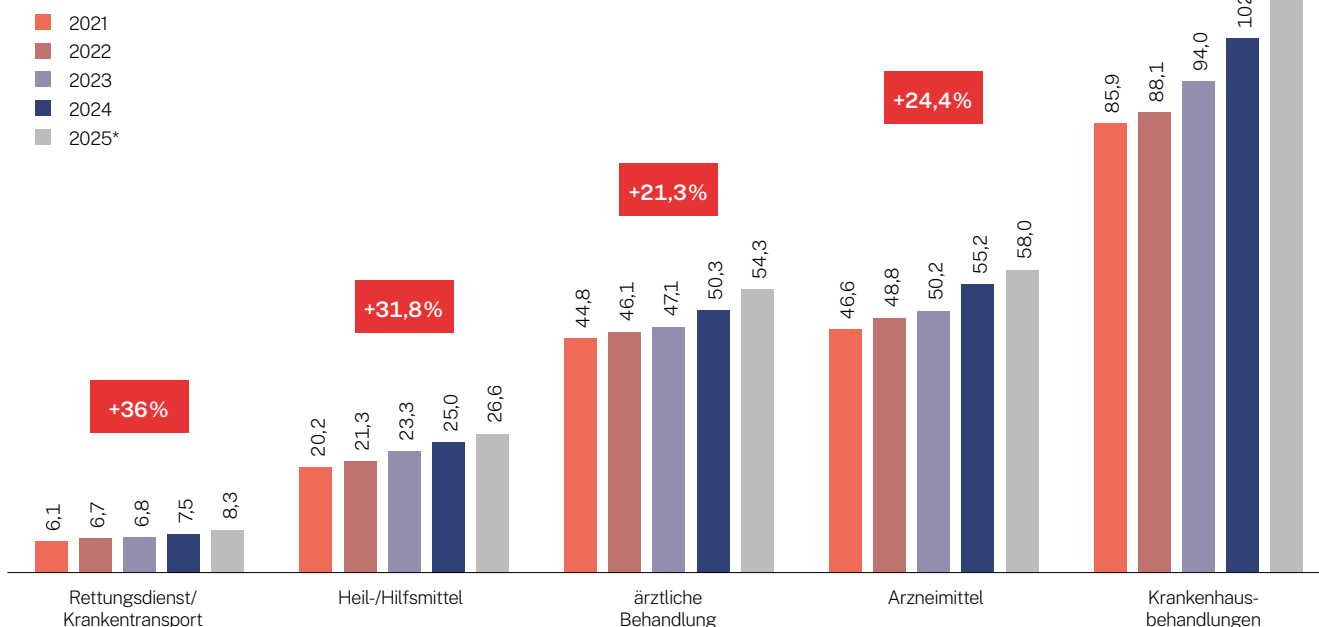
Leistungsausweitungen sowie eine unzureichende Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Bei den Ausgaben in der GKV ist der Krankenhausbereich der größte Kostenblock (→ **Abb. 1**): Die Ausgaben werden 2026 geschätzt um etwa 8,2 Prozent auf nahezu 120 Milliarden Euro ansteigen – und das bei einer gleichbleibend niedrigen Bettenauslastung von 72 Prozent. Die Arzneimittelausgaben werden 2026 geschätzt auf mehr als 60 Milliarden Euro ansteigen. Damit haben sich die Ausgaben in den vergangenen elf Jahren mehr als verdoppelt. Diese Entwicklung wird vor allem durch neue, patentgeschützte Arzneimittel getrieben.

Strukturveränderungen auf der Einnahmenseite verschärfen die Lage

Zusätzlich wird das Ausgabenproblem durch strukturelle Veränderungen auf der Einnahmenseite verschärft (→ **Abb. 2**). Konkret geht es dabei um die Einflüsse von Demografie, →

Ausgabenentwicklungen (in Mrd. €) (Abb. 1)

Schätzung*



Quelle: vdek *nach vdek-Schätzerkreis

Be- und entlastende Faktoren der GKV-Einnahmebasis (2015–2025) als Beitragssatzeffekte (Abb. 2)

Einnahmenrelevante Effekte	2010	2025	2035	Belastung/Entlastung Ø jährlicher Effekt in BSP und Mrd. €* (Jahre 2025–2035)
Zunahme Rentner	16,5 Mio. Mitglieder	16,8 Mio. Mitglieder	20,1 Mio. Mitglieder	+0,2BSP (4 Mrd. €)
Kennzahl: Mitglieder KVdR				
Zunahme Teilzeitarbeit	25,0%	35,0%	40,0%	+0,2BSP (4 Mrd. €)
Kennzahl: Teilzeitquote**				
Rückgang Familienversicherung	10,7%	5,0%	3,7%	-0,1BSP (2 Mrd. €)
Kennzahl: Anteil erwachsener Familienversicherter				
Gesamt				+0,3 BSP (6 Mrd. €)

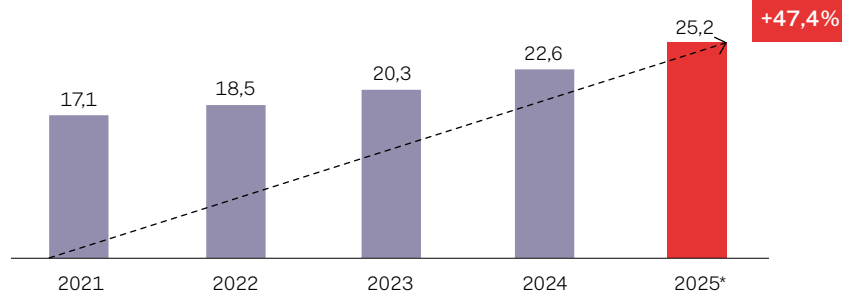
BSP = Beitragssatzpunkte * = Beitragssatzeffekt ggü. Szenario mit Trendfortschreibung; Mrd. € in Beitragseinnahmen des Jahres 2026

** = bezogen auf die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten GKV-Mitglieder

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Statistiken KJ1, KM1 und KM6 sowie Ergebnisse der 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, mittlere Variante G2L2W2; excl. LKken

Ausgaben Pflegepersonal in Krankenhäusern (Abb. 3)

in Milliarden Euro, GKV-weit



Quelle: vdek *nach vdek-Schätzerkreis

Teilzeitbeschäftigung und Familienversicherung, wie eine vom vdek beauftragte Analyse des IGES-Instituts zeigt. Die Studie geht davon aus, dass sich das Ungleichgewicht von Einnahmen und Ausgaben (→ Abb. 4) auch in Zukunft fortsetzen wird: Durch den vermehrten Eintritt der Babyboomer in die Rente und eine weiterwachsende Teilzeitquote sei mit Mindereinnahmen von jeweils 0,2 Prozentpunkten zu rechnen. Dies werde zwar abgefedert durch einen Rückgang bei der Familienversicherung um 0,1 Prozentpunkte.

Deckelung des Pflegebudgets im Krankenhausbereich gefordert.

Aber unter dem Strich führe dies zu einem Rückgang der Beitragseinnahmen bis zum Jahr 2035 um 0,3 Prozentpunkte – das heißt um sechs Milliarden Euro. Die Strukturveränderungen auf der Einnahmenseite verstärken damit den Handlungsbedarf auf der Ausgabenseite, machte die vdek-Vorstandsvorsitzende deutlich: „Wir brauchen daher eine verbindliche Obergrenze für die Steigerung von Vergütungen sowie Mengen- und Struktureffekte. Bei konsequenter Umsetzung dieser einnahmenorientierten Ausgabenpolitik wäre die Ausgabensteigerung im Jahr 2025 um zwölf Milliarden Euro geringer ausgefallen.“

Zehn Kernforderungen zur finanziellen Entlastung

Um die GKV jährlich um weitere Milliardenbeträge zu entlasten, stellte Elsner einen Forderungskatalog zur Finanzstabilisierung vor. Dieser enthält insgesamt zehn Maßnahmen des vdek aus den Bereichen Krankenhaus, Arzneimittel, Ambulante Versorgung und der auskömmlichen

Finanzierung versicherungsfremder Leistungen (→ Mehr auf Seite 36). Hiermit verbundene Einsparpotenziale werden im Forderungskatalog konkret benannt, beispielsweise die Deckelung des Pflegebudgets im Krankenhausbereich (3,2 Milliarden Euro jährlich), Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel (sieben Milliarden Euro jährlich) und Erhöhung der Herstellerabschläge für Pharmaunternehmen (1,8 Milliarden Euro jährlich), sowie die kostendeckende Finanzierung von Bürgergeldempfangenden (zehn Milliarden Euro jährlich).

Primärversorgungsmodell – neue Impulse für die Versorgung

In der Gesundheitsversorgung braucht es eine bessere und effizientere Steuerung, die den Patientinnen und Patienten auch mehr Orientierung bietet. Daher begrüßte die vdek-Vorstandsvorsitzende das Vorhaben von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, noch in diesem Sommer einen Referentenentwurf für ein Primärversorgungsmodell zur besseren Orientierung für die Patientinnen und Patienten und kürzere Wartezeiten auf Facharzttermine in der ambulanten Versorgung auf den Weg zu bringen. Die Ministerin habe wiederholt deutlich gesagt, dass der bedarfsgerechte Zugang zu Terminen gestärkt und eine Verschränkung von Digitalisierung und Versorgung erfolgen müsse. „Wir teilen diese Zielsetzung“, so Elsner und ergänzte: „Zu viele Patientinnen und Patienten warten zu lange auf einen Arzttermin und finden keine Orientierung im System. Das muss sich endlich ändern.“ Aus Sicht des vdek und der Ersatzkassen geht es dabei um eine bessere Orientierung für die Versicherten und kürzere Wartezeiten auf Facharzttermine.

Damit Primärversorgung im Alltag tatsächlich funktioniert, kommt es entscheidend auf ihre konkrete Ausgestaltung an. Wichtig sind dabei die drei folgenden Instrumente:

1. eine digital gestützte Ersteinschätzung
2. die elektronische Überweisung
3. eine zentrale Terminplattform für schnellere Facharzttermine.

„Doch erst durch das Zusammenspiel dieser Instrumente schaffen wir eine spürbar zielgenauere und verlässlichere Versorgung – gerade dann, wenn Menschen mit einem konkreten Problem medizinische Hilfe suchen“, betonte Elsner.

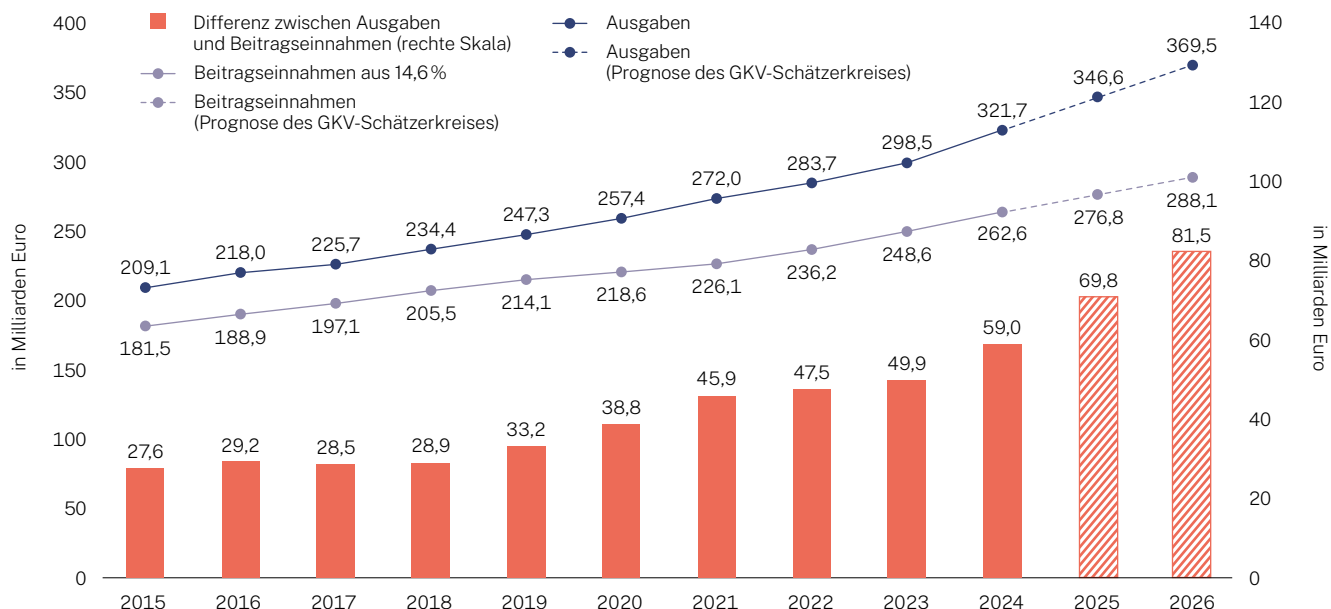
Digital gestützte Ersteinschätzung bietet Orientierung

Bei der Ausgestaltung der Primärversorgung ist es aus Sicht des vdek wichtig, die Versorgung bei ➔



Primärversorgung bedeute klare Orientierung in der ambulanten Versorgung, sagte vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner auf der Neujahrspressekonferenz

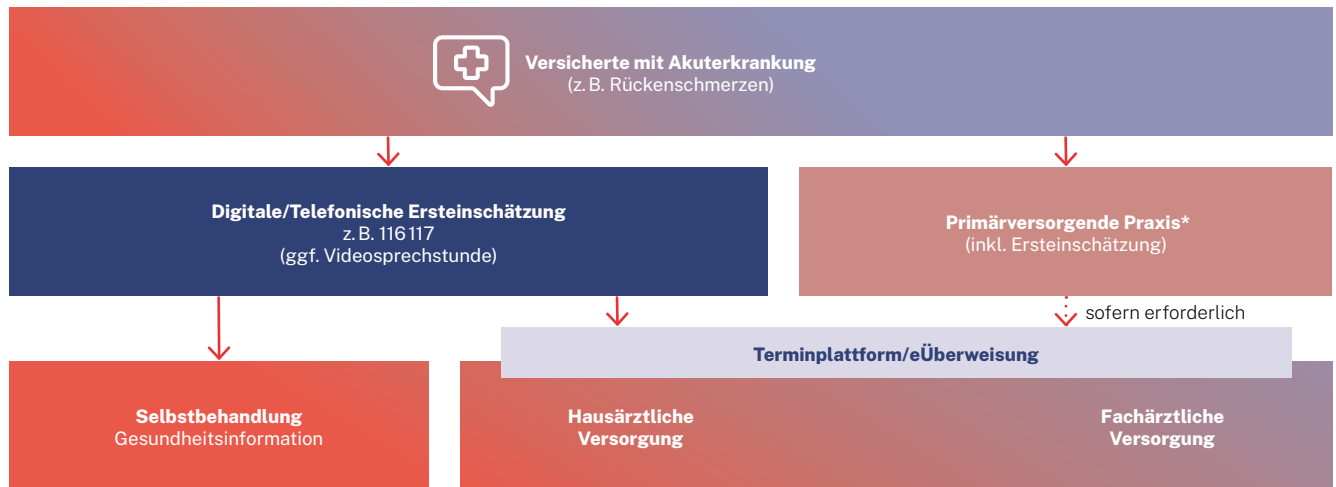
Ausgaben und Einnahmen aus allgemeinem Beitragssatz & jährliche Differenz (Abb. 4)



Quelle: vdek

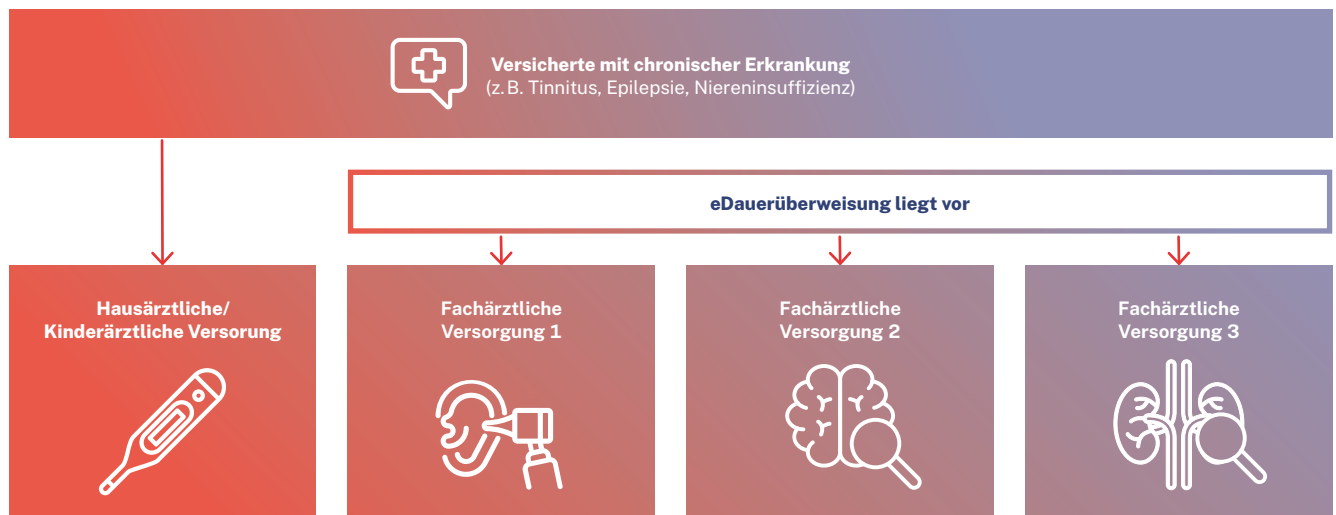
Bessere Steuerung der ambulanten Versorgung durch neues Primärversorgungsmodell

Versorgungsbedarf bei Akut- und Routinefall (Abb. 5)



Quelle: vdek *im Regelfall die hausärztliche/kinderärztliche Praxis

Versorgungsbedarf bei Menschen mit chronischer Erkrankung (Abb. 6)



Quelle: vdek

akuten Erkrankungen in den Blick zu nehmen (→ Abb. 5). Viele Versicherte suchten zuerst Orientierung im Gesundheitswesen – und hier setze die digital gestützte Ersteinschätzung an. Sie könne insbesondere bei neuen oder schwer einzuordnenden Beschwerden helfen, die Dringlichkeit einzuschätzen und die richtige Anlaufstelle zu finden. Dabei geht es um die Klärung der Frage, ob sofort gehandelt werden muss, ein Gang in die Apotheke zunächst ausreicht, ob die Patientin oder der Patient in einer Hausarztpraxis richtig ist oder fachärztliche Unterstützung benötigt. „Entscheidend ist, dass die digitale Ersteinschätzung über eine reine Orientierung hinausgeht und Versicherte gezielt in die passende Versorgung überführt – mit klaren Handlungsempfehlungen und, wo sinnvoll, mit einer verbindlichen Terminvermittlung“, sagte Elsner.

funktionieren (→ Abb. 7) – mit einer elektronischen Überweisung und einem schnellen Zugang zu Facharztterminen über eine Terminplattform: „Ob digital oder vor Ort in der Hausarztpraxis: Für die Versicherten muss am Ende ein klarer, verlässlicher Pfad stehen – ohne Umwege, ohne unnötige Wartezeiten.“

Versicherte mit chronischen Erkrankungen

Hingegen ist die Versorgung bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen dauerhaft fachärztlich geprägt. Hier sollte die Behandlung dem vdek zufolge auch fachärztlich koordiniert werden – vor allem über Dauerüberweisungen, die eine kontinuierliche Betreuung ermöglichen (→ Abb. 6). Ein entscheidender Punkt ist, dass chronisch Kranke nicht bei jeder Fragestellung erneut den Weg über die Hausarztpraxis gehen

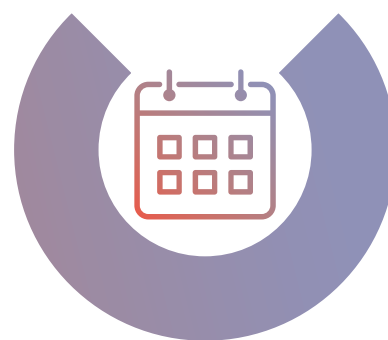
Instrumente für ein effizientes Primärversorgungssystem (Abb. 7)



**EIN einheitliches
Ersteinschätzungstool**



**elektronische Überweisung
(eÜberweisung)**



GKV-Terminplattform

Quelle: vdek

Zugleich bleibe die Haus- oder Kinderarztpraxis ein wesentlicher Zugang zur Versorgung. Für viele Menschen sei sie bei akuten Beschwerden die erste und vertraute Anlaufstelle. „Die Ärztinnen und Ärzte kennen ihre Patientinnen und Patienten, können Beschwerden einordnen und in sehr vielen Fällen unmittelbar helfen“, so die vdek-Vorstandsvorsitzende. Gleichzeitig müsse auch dort von Beginn an eine strukturierte Ersteinschätzung stattfinden, damit zum Beispiel nichtmedizinische Fachberufe die Behandlung übernehmen können, wenn keine Ärztin oder kein Arzt erforderlich sind. Wenn fachärztliche Unterstützung notwendig ist, müsse Elsner zufolge der Übergang reibungslos

müssen, wenn der fachärztliche Behandlungsbedarf klar ist. Eine solche klare Zuordnung schaffe Kontinuität und entlaste die Hausarztpraxen, so Elsner. Primärversorgung bedeute klare Orientierung und zielführendes Handeln sowie mehr Verlässlichkeit und Effizienz in der ambulanten Versorgung. Die Politik müsse dafür die richtigen Rahmenbedingungen setzen. Nach einem Auftaktgespräch mit der Gesundheitsministerin geht es der vdek-Vorstandsvorsitzenden zufolge jetzt darum, in den weiteren Detailgesprächen den Versorgungsalltag tatsächlich abzubilden und zu verbessern – „und da liegt klar unsere Aufgabe als gemeinsame Selbstverwaltung“, betonte sie abschließend. ■

Forderungskatalog zur Finanzstabilisierung

Als vdek fordern wir die Rückkehr zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik: **Die Ausgaben dürfen nur so stark steigen wie die Einnahmen.** Es braucht eine verbindliche Obergrenze für die Steigerung von Vergütungen sowie für Mengen- und Struktureffekte. Bei konsequenter Umsetzung wäre die Ausgabensteigerung im Jahr 2025 um zwölf Milliarden Euro geringer ausgefallen.

Daneben fordern wir folgende zehn zentrale Maßnahmen

1. Deckelung des Pflegebudgets

Das Pflegebudget sollte im Rahmen einer Konvergenz reduziert und wieder in das Fallpauschalensystem zurückgeführt werden. Von 2020 auf 2024 sind die Kosten für das Pflegepersonal von 15 Milliarden auf 22,6 Milliarden Euro und die Anzahl der Pflegevollzeitkräfte von 331.000 auf 372.000 überproportional angestiegen. Losgelöst davon brauchen wir eine klare Definition, was „Pflege am Bett“ bedeutet, um Missbrauch zu vermeiden.

Einsparpotenzial: bis zu etwa 3,2 Milliarden Euro pro Jahr

2. Streichen der Meistbegünstigungsklausel

Die Meistbegünstigungsklausel sieht vor, dass entweder die Kostensteigerung (Orientierungswert) oder die Entwicklung der Grundlohnrate als Steigerungsrate für Krankenhausaussgaben herangezogen wird – je nachdem, welcher Wert höher ist. Im Sparpaket wurde die Meistbegünstigungsklausel bereits für ein Jahr ausgesetzt (2026). Sie muss dauerhaft gestrichen werden. Wir fordern, dass zukünftig die Ausgaben auch im Krankenhausbereich nicht stärker steigen dürfen als die Einnahmen.

Einsparpotenzial 2026: 1,3 Milliarden Euro

3. Abschaffung der vollständigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Krankenhaus

Die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen aller Beschäftigten im Krankenhaus gehört abgeschafft. Die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingeführte Regelung bietet einen Fehlanreiz zu unwirtschaftlichen Tarifabschlüssen, da die Kosten an die Krankenkassen durchgereicht werden können. Rückwirkend seit 2024 müssen die Krankenkassen Tarifsteigerungen oberhalb der Obergrenze vollumfänglich ausgleichen, zuletzt rund 640 Millionen Euro.

Einsparpotenzial 2026: 500 Millionen Euro

4. Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel und Hilfsmittel

Ein Steuersatz von 19 Prozent auf Arzneimittel und unterstützende wie entlastende Hilfsmittel ist nicht sachgerecht. Ähnlich wie im Bereich von Grundnahrungsmitteln braucht es eine Reduzierung auf sieben Prozent.

Einsparpotenzial: bis zu sieben Milliarden Euro pro Jahr

5. Erhöhung der Herstellerabschläge

Wir fordern eine Erhöhung des gesetzlich festgelegten Herstellerabschlags auf 16 Prozent als Konsolidierungsbeitrag.

Einsparpotenzial: 1,8 Milliarden Euro pro Jahr

6. Abschaffung der Sonderregelungen für Orphan Drugs

Die automatische Anerkennung eines Zusatznutzens bis zu einer Umsatzschwelle von 30 Millionen Euro ist nicht gerechtfertigt. Jedes Medikament sollte einer vollständigen, transparenten Nutzenbewertung unterzogen werden, um unverhältnismäßige Preise zu vermeiden. Auch hier gilt: Preis und Zusatznutzen müssen im richtigen Verhältnis zueinanderstehen.

7. Rückführung der haus- und kinderärztlichen Leistungen in die Mengensteuerung

Die gesetzlichen Regelungen zur Entbudgetierung haus- und kinderärztlicher Leistungen haben nicht zu einer besseren Versorgung oder mehr Terminen geführt. Wir fordern daher die Rückführung dieser Leistungen in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung.

Einsparpotenzial 2026: 670 Millionen Euro

8. Wiedereinführung der Ausschreibungsmöglichkeit für Hilfsmittel

Inzwischen ist im Hilfsmittelbereich der Wettbewerb um den besten Mix aus Preis und Leistung fast vollständig zum Erliegen gekommen. Wir fordern daher, neben dem Vertragsprinzip Ausschreibungen wieder zu ermöglichen.

Einsparpotenzial 2026: 350 Millionen Euro

9. Kostendeckende Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Bürgergeldempfangende

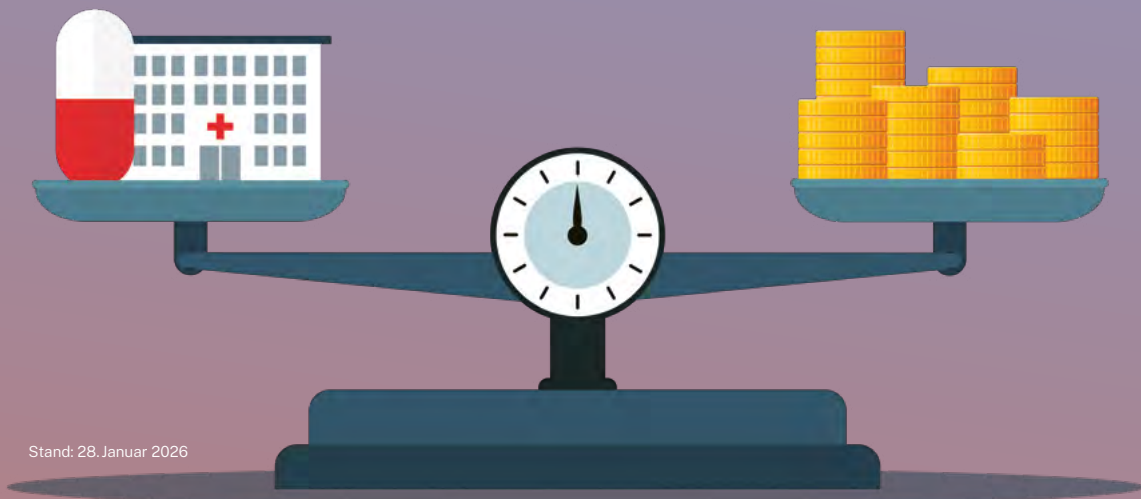
Wir fordern die vollständige Erstattung der entstehenden Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung von Bürgergeldbeziehenden durch den Bund. Aktuell erhalten die gesetzlichen Krankenkassen je Bürgergeldempfangenden eine Erstattung von 133,17 Euro im Monat. Tatsächlich fallen im Schnitt jedoch Kosten in Höhe von 311,45 Euro pro Versicherten im Bürgergeld an. Die Krankenkassen bleiben auf rund zwei Dritteln der Kosten sitzen.

Einsparpotenzial ab 2026: zehn Milliarden Euro jährlich

10. Dynamisierung des Bundeszuschusses

Der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen ist seit 2017 nicht angehoben worden, die Leistungsausgaben haben sich in dieser Zeit jedoch um 44 Prozent erhöht. Es bedarf einer dauerhaften Dynamisierung des Bundeszuschusses.

Einsparpotenzial ab 2026: bis zu 1,5 Milliarden Euro jährlich



Stand: 28. Januar 2026

Politik muss für faire Finanzierung der Pflege sorgen

Die finanzielle Lage der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und damit auch die Situation in der Pflege spitzen sich immer weiter zu. Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen die Ausgaben auch in der SPV rasant an – und werden 2026 ein Rekordniveau von geschätzt rund 80 Milliarden Euro erreichen. **Grundlegende Finanz- und Strukturreformen in der Pflege** erlauben daher keinen weiteren Aufschub mehr.



Auf der Neujahrs-Pressekonferenz des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) am 28. Januar 2026 stellte der ehrenamtliche vdek-Verbandsvorsitzende Uwe Klemens die Dringlichkeit einer solidarischen und zukunftsfesten Finanzierung der Pflege in den Mittelpunkt seiner Rede: „Um den Beitragssatz 2026 stabil zu halten, wurden erneute Kredite eingesetzt, das ist eine finanzielle Stabilität auf Pump“, kritisierte er. 2027 sind diese Kredite nach seinen Worten jedoch aufgebraucht und es sei eine erneute Finanzierungslücke von 0,3 Beitragssatzpunkten, also sechs Milliarden Euro, zu erwarten. Klemens forderte die Politik daher auf, die gewährten Darlehen des Staates in Höhe von 4,2 Milliarden Euro mit den bestehenden Schulden des Bundes gegenüber der SPV (Coronakosten) zu verrechnen.

Finanzielle Schieflage: Ursachen und Handlungsbedarf

Für die rasant gestiegenen Ausgaben in der Pflege liegen mehrere Erklärungen auf der Hand. So hat sich – bedingt durch den demografischen Wandel und den 2017 eingeführten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit fünf Pflegegraden – die Zahl der Pflegebedürftigen mehr als verdoppelt: Erhielten 2010 rund 2,3 Millionen Menschen Leistungen aus der SPV, sind es heute 5,7 Millionen.

Um gegenzusteuern, habe die Politik laut Klemens auf der einen Seite mit sinnvollen sozial- und pflegepolitischen Maßnahmen wie den Leistungszuschlägen für die stationäre Pflege, der Erhöhung der Sach- und Geldleistungen sowie den Tarifanpassungen für Pflegekräfte reagiert. So lag etwa das durchschnittliche Monatsgehalt für Fachkräfte in der Altenpflege im April 2024 bei rund 4.228 Euro –

1.600 Euro mehr als vor zehn Jahren. Auch Azubis erhalten mittlerweile eine überdurchschnittliche Vergütung von im Schnitt 1.310 Euro. Mit dem Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) – vormals Pflegekompetenzgesetz – sei es auch gelungen, die Kompetenzen von Pflegekräften zu stärken und besser zu nutzen.

Auf der anderen Seite habe es die Politik aber versäumt, die erweiterten Leistungen solide zu finanzieren und die Verantwortung gerecht zwischen Staat, Beitragszahlenden der SPV, der privaten Pflegeversicherung und individueller Verantwortung aufzuteilen, sagte der ehrenamtliche Verbandsvorsitzende des vdek. „Die Kostensteigerungen wurden auf die Versicherten und Arbeitgeber der SPV und auf die Pflegebedürftigen selbst durch ständig wachsende Eigenanteile abgewälzt.“ So ist der Beitragssatz der SPV seit ihrer Gründung von einem Prozent auf 3,6 Prozent gestiegen, bei Kinderlosen auf 4,2 Prozent. Gleichzeitig steigen auch die Belastungen der Pflegebedürftigen durch Eigenanteile weiter. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind, ist weiter hoch. Knapp 432.000 Personen erhielten im Laufe des Jahres 2024 Hilfe zur Pflege. Das heißt, dass für diese Menschen die Eigenmittel und die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den Pflegebedarf zu bezahlen.

Das Lebensrisiko Pflege könne jede und jeden treffen und müsse daher im Kern solidarisch abgesichert werden, so der ehrenamtliche vdek-Verbandsvorsitzende Uwe Klemens auf der Neujahrspresskonferenz. Dazu brauche es aber eine faire Finanzierung.



Das Lebensrisiko Pflege kann jede und jeden treffen

Was die von der Politik eingesetzte Bund-Länder-AG anbelangt, führte Klemens aus, diese müsse jetzt klarere Antworten auf die wachsenden Finanzierungsfragen geben. Darüber hinaus begrüßte er das Bekenntnis der Kommission zum Teilleistungssystem: „Das Lebensrisiko Pflege kann jede und jeden treffen und muss daher im Kern solidarisch abgesichert werden. Dazu braucht es eine faire Finanzierung.“

Abschließend stellte Klemens insgesamt sechs Kernforderungen des vdek vor, die unverzichtbar seien, um die Pflege solidarisch und zukunftsfest zu finanzieren (→ **Kasten Seite 40**).

Dringend gefordert wird darin erstens ein Finanzausgleich zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegeversicherung, der die SPV um zwei Milliarden Euro jährlich entlasten würde. Zweitens sollen versicherungsfremde Aufgaben, die die SPV auftragsweise für den Staat übernimmt, aus Steuermitteln finanziert werden. Dazu gehört die Rückerstattung der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung für pflegende Angehörige in Höhe von rund 4,5 Milliarden Euro jährlich durch den Bund. →

Versicherungsfremde Aufgaben aus Steuermitteln finanzieren.

Auch die zusätzlichen Mehrkosten, die durch die Corona-Pandemie angefallen sind, müsse er endlich zurückzahlen, forderte Klemens. Hier stünden sechs Milliarden Euro aus. Ferner müsse der für die Jahre 2024 bis 2027 ausgesetzte Bundessteuerzuschuss für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von einer Milliarde Euro dauerhaft fließen und dynamisiert werden. Und gleichzeitig, so der ehrenamtliche Verbandsvorsitzende, seien die gewährten Darlehen des Staates an die SPV in Höhe von insgesamt 4,2 Milliarden Euro mit den bestehenden Schulden des Bundes gegenüber der SPV zu verrechnen.

Drittens soll die Passgenauigkeit des Begutachtungsinstruments mit seinen Pflegegraden dahingehend überprüft werden, ob die Pflegegrade ihre Ziele erreichen und wo gegebenenfalls nachgesteuert werden muss. Eine generelle Streichung des Pflegegrads 1 ist aus Sicht des vdek nicht zielführend und würde auch nicht zu einer starken finanziellen Entlastung führen. Nach einer Berechnung des vdek hat die SPV 2024 für den Pflegegrad 1 rund 630 Millionen

Euro ausgegeben, was lediglich etwa einem Prozent der Gesamtausgaben entspricht. Die vierte Kernforderung rückt die Stärkung von pflegebedürftigen Menschen in der stationären Pflege in den Fokus, die von den hohen Eigenanteilen entlastet werden müssten. Um deren finanzielle Belastung abzumildern, seien die Länder gefordert, endlich die Investitionskosten für Bau und Instandhaltung der Pflegeheime vollständig zu übernehmen. Hinzu kommen die Kosten der Pflegeausbildung, die zum großen Teil von

den Beitragszahlenden, der GKV und SPV und von den Pflegebedürftigen über Eigenanteile finanziert werden. Die Länder beteiligen sich nur mit einer halben Milliarde Euro jährlich an den Kosten. „Ausbildung ist jedoch Staatsaufgabe und sollte von den Ländern getragen werden“, forderte Klemens.

Dass auch die häusliche Pflege, die An- und Zugehörigen und Netzwerkstrukturen zu stärken seien, ist Inhalt der fünften Forderung. Und schließlich wird sechstens für einen stärkeren Fokus auf Prävention in der Pflege plädiert: Es geht darum, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern sowie Belastungen abzumildern. ■■■

Die Länder sind gefordert, endlich die Investitionskosten für Bau und Instandhaltung der Pflegeheime vollständig zu übernehmen.



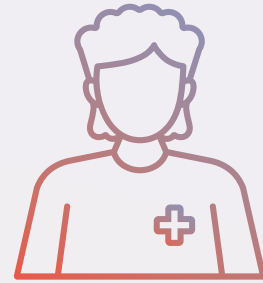
1. Ein Finanzausgleich zwischen SPV und privater Pflegeversicherung ist überfällig.

Es ist nicht nachzuvollziehen, weshalb ausgerechnet die private Pflegeversicherung mit ihrer einkommensstärkeren Versichertenklientel und einem geringen Pflegerisiko aus der Solidargemeinschaft ausgenommen wird. Ein Finanzausgleich würde die SPV um zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.

2. Versicherungsfremde Aufgaben, die die SPV auftragsweise für den Staat übernimmt, sind aus Steuermitteln zu finanzieren.

Dazu gehört die Rückerstattung der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung für pflegende Angehörige in Höhe von rund 4,5 Milliarden Euro jährlich durch den Bund. Auch die zusätzlichen Mehrkosten, die durch die Corona-pandemie angefallen sind, muss er endlich zurückzahlen. Hier stehen sechs Milliarden Euro aus. Der für die Jahre 2024 bis 2027 ausgesetzte Bundessteuerzuschuss für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von einer Milliarde Euro muss dauerhaft fließen und

Pflege solidarisch und zukunftsfest finanzieren – Sechs Kernpunkte



dynamisiert werden. Gleichzeitig sind die gewährten Darlehen des Staates an die SPV in Höhe von insgesamt 4,2 Milliarden Euro mit den bestehenden Schulden des Bundes gegenüber der SPV zu verrechnen.

3. Die Passgenauigkeit des Begutachtungsinstruments mit seinen Pflegegraden sollte überprüft werden. Es sollte geprüft werden, ob die Pflegegrade ihre Ziele erreichen und wo gegebenenfalls nachgesteuert werden muss. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu ein Gutachten in Auftrag gegeben. Das sollte abgewartet werden. Eine generelle Streichung des Pflegegrads 1 ist nicht zielführend und wird auch nicht zu einer starken finanziellen Entlastung führen. Nach einer Berechnung des vdek hat die SPV 2024 für den Pflegegrad 1 rund 630 Millionen Euro ausgeben, was lediglich etwa einem Prozent der Gesamtausgaben entspricht.

4. Die Pflegebedürftigen müssen von hohen Eigenanteilen entlastet werden. Um die Belastung für die Pflegebedürftigen in den stationären Pflegeeinrichtungen abzumildern, sollten die Länder endlich

die Investitionskosten für Bau und Instandhaltung der Pflegeheime vollständig übernehmen. 2022 trugen die Bundesländer davon nur rund 876 Millionen Euro, während die Pflegebedürftigen 4,4 Milliarden Euro aufbringen mussten. Hinzu kommen die Kosten der Pflegeausbildung. Diese werden zum großen Teil von den Beitragszahlenden der GKV und SPV und von den Pflegebedürftigen über Eigenanteile finanziert. Die Länder beteiligen sich nur mit einer halben Milliarde Euro jährlich an den Kosten. Ausbildung ist jedoch Staatsaufgabe und sollte von den Ländern getragen werden. Dies gilt ebenso für die ambulante Pflege. Die Dynamisierung der Leistungen ist hier weitaus geringer ausgefallen als der Anstieg der Preise für die Pflegeleistungen.

5. Häusliche Pflege stärken, pflegende An- und Zugehörige stärken: Rund fünf von sechs Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt – zum überwiegenden Teil von Angehörigen, aber auch von ambulanten Pflegediensten oder einer Mischung aus beidem. Diese Netzwerkstrukturen müssen gestärkt werden. Um die

pflegenden Zu- und Angehörigen zu unterstützen, braucht es eine gezielte Anleitung durch die professionelle Pflege. Zudem sollten digitale Lösungen zum Einsatz kommen, die die Angehörigen bei Information, Organisation und Kommunikation unterstützen, bürokratische Prozesse vereinfachen und den Pflegealltag durch digitale Assistenz- und Dokumentationssysteme erleichtern.

6. Fokus auf Prävention: Um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern sowie Belastungen abzumildern, sollte die Prävention weiter ausgebaut werden. Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Sturzprophylaxe oder die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit sollten stärker in den Blick genommen werden. Dies ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von SPV, GKV, Kommunen und Ländern gemeinsam getragen werden sollte.





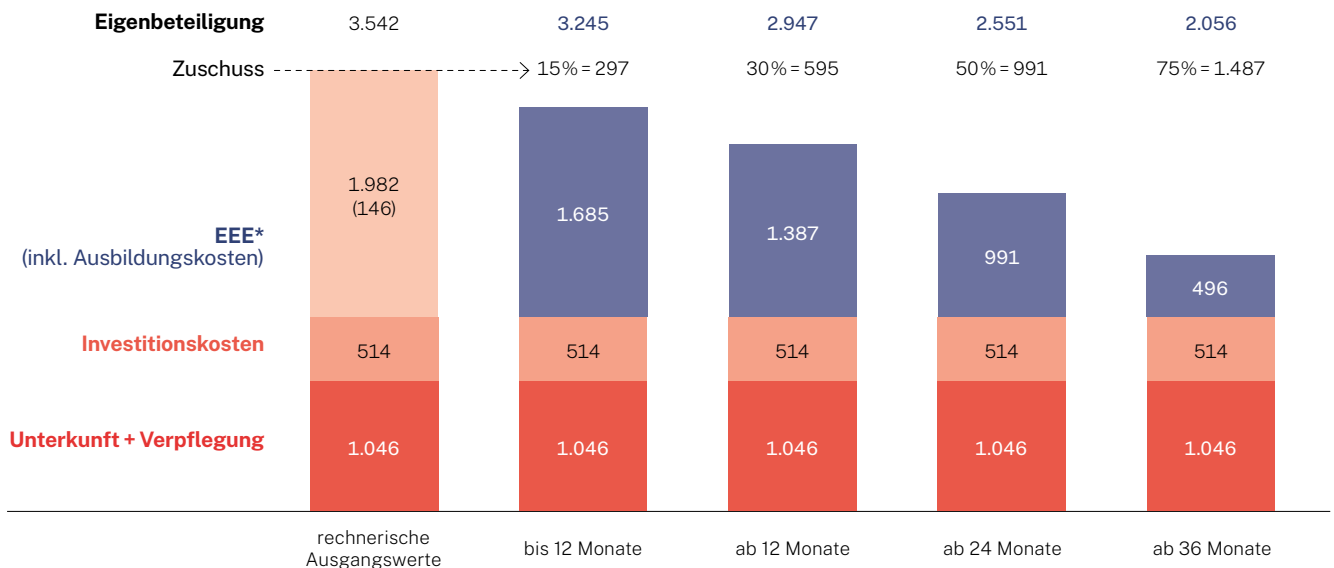
Personalkosten treiben Eigenanteile weiter hoch

Pflegeheimbewohnende müssen immer tiefer in die eigene Tasche greifen. Das zeigt eine **neue Auswertung des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek)** zu den Eigenanteilen in der stationären Pflege. Hauptkostentreiber sind gestiegene Personalkosten. Es sei richtig, Pflegepersonal gut zu bezahlen, aber es könne nicht sein, Lohnsteigerungen zu einem großen Teil den Pflegebedürftigen aufzubürden, sagt die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner und fordert eine solidarische Lösung.



Finanzielle Belastung einer/eines Pflegebedürftigen im Pflegeheim (Abb. 1)

in EUR je Monat nach Aufenthaltsdauer, 1. Januar 2026 – Bundesgebiet



Quelle: vdek

*Der EEE (Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil) gilt für alle Bewohnenden eines Pflegeheims, variiert jedoch von Heim zu Heim. Er reduziert sich durch einen von der Aufenthaltsdauer abhängigen Zuschuss der Pflegekassen, den die Grafik berücksichtigt.

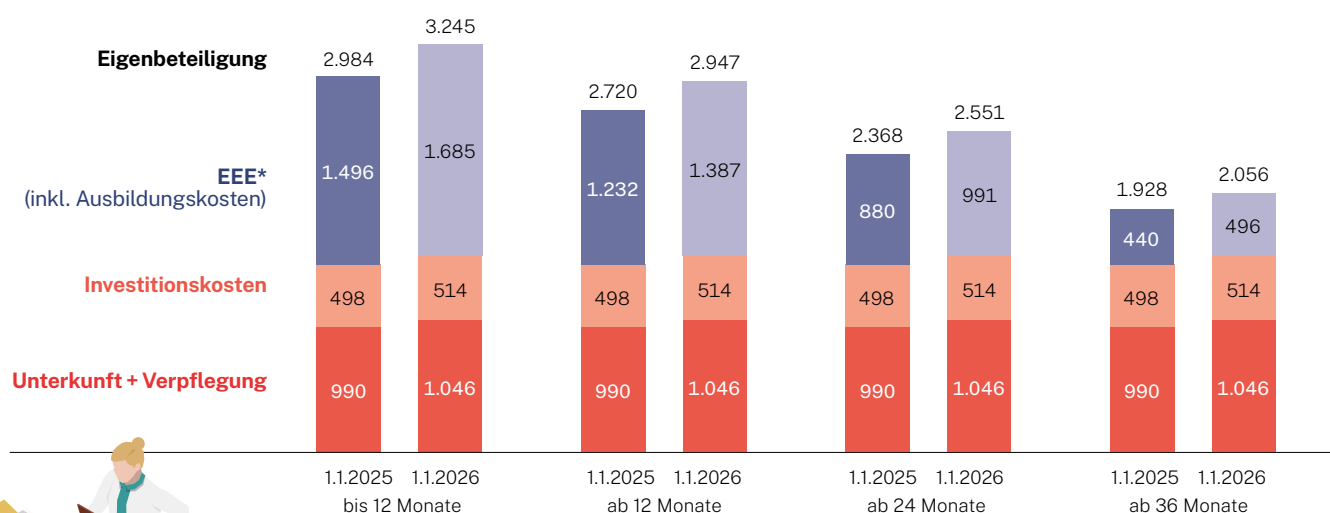
Den Zahlen des vdek vom 1. Januar 2026 zufolge beträgt die monatliche Eigenbeteiligung im ersten Aufenthaltsjahr 3.245 Euro im Bundesdurchschnitt, das ist eine Steigerung von 261 Euro (neun Prozent) im Vergleich zum Vorjahr. Damit ist die Eigenbeteiligung im zweiten Halbjahr 2025 noch stärker gestiegen als im ersten Halbjahr 2025. Auch für Unterkunft und Verpflegung, für die Instandhaltung der Gebäude (Investitionskosten) und die Ausbildung von Pflegekräften müssen die Pflegebedürftigen erneut mehr bezahlen. „Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen könnten um rund 640 Euro im Monat entlastet werden. Denn heute müssen Pflegebedürftige für Investitions- und Ausbildungskosten aufkommen, die Sache des Staates sind. Wir fordern die Bundesländer auf, diese Kosten endlich zu übernehmen“, erklärt Elsner. So zahlten etwa 2022 die Pflegebedürftigen 4,4 Milliarden Euro für Investitionen, die Bundesländer hingegen nur rund 876 Millionen Euro. „Würde der Staat seiner Verantwortung gerecht werden und die Kosten für Investitionen vollumfänglich übernehmen, brächte das aktuell eine Ersparnis von 514 Euro im Monat für jeden einzelnen Heimbewohnenden. Die Übernahme der Ausbildungskosten

würde die Pflegebedürftigen um weitere 124 Euro im Monat entlasten“, betont die vdek-Vorstandsvorsitzende.

Die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile setzen sich aus drei Komponenten zusammen: Den größten Teil macht der sogenannte einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) für die pflegerischen Kosten (inklusive Ausbildungskosten) aus (aktuell 1.685 Euro im ersten Aufenthaltsjahr). Hinzukommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (aktuell 1.046 Euro) und die Investitionskosten, die für alle Pflegeheimbewohnenden in einer Einrichtung – unabhängig von der Aufenthaltsdauer – gleich hoch sind. Seit 2022 beteiligt sich die Pflegekasse mit einem nach Aufenthaltsdauer ansteigenden Zuschuss am EEE. 2024 wurde dieser Zuschuss erhöht und beträgt seither 15 Prozent Zuschuss im ersten Jahr, 30 Prozent im zweiten, 50 Prozent im dritten und 75 Prozent ab dem vierten Aufenthaltsjahr. Die Kosten für die Zuschüsse beliefen sich beispielsweise im Jahr 2024 auf 6,4 Milliarden Euro. Doch auch die Zuschüsse konnten den stetigen Anstieg der Eigenbeteiligung nicht stoppen. „Wir brauchen eine nachhaltige Finanzierung in der Pflege, die auch die Pflegebedürftigen in Pflegeheimen deutlich entlastet“, so Elsner. *pm*

Finanzielle Belastung einer/eines Pflegebedürftigen im Pflegeheim (Abb. 2)

in EUR je Monat nach Aufenthaltsdauer, 1. Januar 2025 und 1. Januar 2026 – Bundesgebiet



Quelle: vdek

*Der EEE (Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil) gilt für alle Bewohnenden eines Pflegeheims, variiert jedoch von Heim zu Heim. Er reduziert sich durch einen von der Aufenthaltsdauer abhängigen Zuschuss der Pflegekassen, den die Grafik berücksichtigt.



Krankenstand auf anhaltend hohem Niveau

DAK Nach einer Krankenstands-Analyse der DAK-Gesundheit mit dem IGES Institut für das Gesamtjahr 2025 waren DAK-versicherte Beschäftigte im Durchschnitt 19,5 Kalendertage krankgeschrieben. Zum Vorjahresvergleich bleibt der Krankenstand mit 5,4 Prozent damit stabil, jedoch auf einem weiterhin hohen Niveau. Die meisten Fehltage gingen erneut auf das Konto von Atemwegserkrankungen. Danach folgten psychische Erkrankungen mit einem Plus von 6,9 Prozent. Sie verdrängten Muskel-Skelett-Probleme als bisher zweitwichtigsten Grund für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle auf Platz drei. „Unsere Analysen zeigen, dass sich der Krankenstand auf einem hohen Niveau einpendelt. Deswegen ist es richtig und notwendig, eine fundierte Ursachenforschung voranzutreiben. Hierfür braucht es ein gemeinsames Handeln: Ein durch den Bundeskanzler initiiertes Krankenstands-Gipfel sollte Arbeitgeber, Gewerkschaften, Ärzteschaft und Krankenkassen an einen Tisch bringen“, so DAK-Vorstandschef Andreas Storm. Ein wichtiger Baustein könne die Einführung einer Teilkrankschreibung bei bestimmten Erkrankungen und Diagnosen sein. *pm*

→ dak.de → t1p.de/ifri2

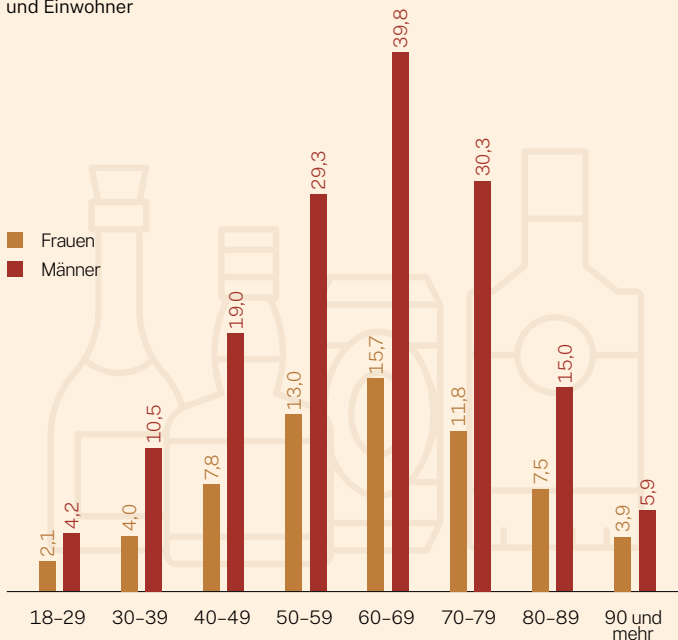
Mehr als eine Million Menschen leiden an Alkoholsucht

BARMER Etwa 1.040.000 Menschen in Deutschland leiden an diagnostizierter Alkoholsucht oder mussten aufgrund einer Alkoholvergiftung behandelt werden. Das geht aus einer aktuellen Analyse des BARMER-Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) hervor. Demnach wurden 2023 etwa 720.000 Männer und etwa 320.000 Frauen wegen psychischer und anderer Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang mit Alkohol in einer niedergelassenen Praxis oder in einer Klinik medizinisch versorgt. „Ein Alkoholproblem entwickelt sich häufig schleichend über Jahre. Daher ist es entscheidend, dass Erkrankte sich rechtzeitig an eine regionale Suchtberatungsstelle oder an die Suchtselbsthilfe wenden und professionelle Hilfe von Ärzten und Psychologen in Anspruch nehmen“, sagt Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Obwohl das Bewusstsein für Gefahren von Alkoholismus mittlerweile ausgeprägter sei als noch vor Jahren, seien die Zahlen weiter alarmierend. *pm*

→ barmer.de → t1p.de/qidt5

Alkoholmissbrauch bei Männern deutlich häufiger

Personen mit diagnostizierter Alkoholerkrankung in Deutschland im Jahr 2023 nach Altersgruppe und Geschlecht, Anzahl je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Quelle: BARMER Institut für Gesundheitsforschung (bifg)



TK Einem Drittel (33 Prozent) der Beschäftigten in Deutschland gelingt es nicht, von der Arbeit abzuschalten. Das zeigt der Stressreport der Techniker Krankenkasse (TK). **Zudem fühlen sich 42 Prozent durch die Arbeit oft abgearbeitet – rund ein Viertel (24 Prozent) der Beschäftigten schafft es nicht einmal im Urlaub richtig abzuschalten.** 29 Prozent geben sogar an, dass Familie und Freunde durch die beruflichen Verpflichtungen oft zu kurz kommen. „Im Allgemeinen ist die Arbeit für Menschen etwas Positives. Sie bietet Struktur im Alltag, fördert durch den Austausch die soziale Zugehörigkeit und stärkt das Selbstwertgefühl. Wenn jedoch selbst Wochenenden oder Urlaube nicht ausreichen, um neue Energie zu schöpfen, ist das ein Warnsignal“, sagt Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK. Dauerhafte Erschöpfung könne zu Burn-Out und anderen psychischen Erkrankungen führen und damit auch zu langfristigen Fehlzeiten. *pm*

→ tk.de → t1p.de/5m9sn



KKH Für fast alle Bürgerinnen und Bürger ist das Internet in medizinischen Fragen eine zentrale Informationsquelle: **Nach einer forsa-Umfrage im Auftrag der KKH Kaufmännische Krankenkasse haben 91 Prozent der 1.000 Befragten im Netz schon einmal nach Informationen zu Krankheiten und deren Symptome recherchiert, egal ob sie selbst betroffen waren oder jemand aus ihrem persönlichen Umfeld.** „Wer im Netz nach Krankheiten und Symptomen googelt, macht erst einmal nichts falsch“, sagt KKH-Psychologin Isabelle Wenck. „In den meisten Fällen verbessert dies sogar die eigene Gesundheitskompetenz – vorausgesetzt, die Informationen sind seriös und aktuell.“ Eine übertriebene Gesundheitsrecherche kann jedoch verunsichern und Ängste verstärken: So betont Wenck, dass vor allem Menschen mit psychischen Erkrankungen wie beispielsweise einer Angst- oder Zwangsstörung schnell in einen Teufelskreis geraten könnten. *pm*

→ kkh.de → t1p.de/hfdlx

Versorgung mit Arzneimitteln ist stabil

Text von **Laura Hassinger**

Damit alle notwendigen Medikamente stets verfügbar sind, gibt es gesetzliche Vorratsfristen für Hersteller. Die Techniker Krankenkasse (TK) hat sich einen Überblick verschafft und die Lagerbestände ihrer Vertragspartner geprüft. Im **Lieferklima-Report 2025** fasst sie die Effekte des Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) und die aktuelle Versorgungslage in Deutschland zusammen.



Laura Hassinger
ist Pressesprecherin für Arzneimittel bei der TK

Wenn Patientinnen und Patienten ein bestimmtes Medikament benötigen, müssen sie sich darauf verlassen können, dieses zu erhalten. Das ist ein Grundpfeiler unserer medizinischen Versorgung. Als im Winter 2022/2023 die Atemwegsinfektionen stark anstiegen und einige Medikamente nicht ausreichend verfügbar waren, beschloss die Bundesregierung mit dem ALBVVG verschiedene Maßnahmen für eine resilientere Arzneimittelversorgung. Doch helfen diese gesetzlichen Maßnahmen tatsächlich? Wird der vorgeschriebene Mindestvorrat eingehalten? Die TK hat sich selbst einen Überblick verschafft und im vergangenen Jahr die Lagerbestände von insgesamt sechs verschiedenen Rabattpartnern geprüft.

Prüfung bestätigt gute Versorgungslage

Die Ergebnisse sind größtenteils erfreulich: Die Versorgung mit Arzneimitteln in Deutschland ist stabil – Antibiotika sind deutlich besser verfügbar als noch vor Inkrafttreten des ALBVVG, und die Vorratspflichten der Hersteller werden überwiegend erfüllt. Die Prüfung ergab, dass der gesetzlich vorgeschriebene Mindestvorrat bereits zu etwa 80 Prozent eingehalten wurde. Das bedeutet aber nicht, dass für die anderen 20 Prozent Lieferschwierigkeiten bestehen. Eine pauschale Vorratspflicht ist schlichtweg nicht für alle Arzneimittel das beste Instrument.

Daher haben die Arzneimittel-Fachleute der TK Vorschläge ausgearbeitet, wie die Regelung noch zielführender gestaltet werden kann. Insgesamt ist die Qualität der Lagerhaltung sehr hoch. Gerade was den Informationsfluss und damit die Planungssicherheit betrifft, zeigen sich zwischen den einzelnen Rabattpartnern jedoch teilweise große Unterschiede. Das verdeutlicht, wie wichtig eine Datentransparenz zwischen den Arzneimittelbehörden, Herstellern und Krankenkassen ist.

99,7 Prozent der Arzneimittel direkt verfügbar

Neben dem Bericht zur Lagerbesichtigung enthält der Lieferklima-Report auch Interviews mit verschiedenen Arzneimittel-Fachleuten und eine zusammenfassende Bewertung des ALBVVG. Dieses hat merklich dazu beigetragen, dass die Generika-Versorgung bereits sehr gut funktioniert. Ist von Lieferengpässen die Rede, darf man die Relation nicht aus dem Auge verlieren: Immerhin 98,9 Prozent der Produkte sind hierzulande sofort lieferfähig. Für weitere 0,8 Prozent ist ein direkter Austausch, zum Beispiel durch Wechsel auf einen anderen Hersteller, möglich. Das bedeutet: 99,7 Prozent aller Arzneimittel sind direkt verfügbar.

TK fordert Lieferverträge für Kinderarzneimittel

Um die bereits resiliente Generika-Versorgung noch weiter zu verbessern, macht die TK im Lieferklima-Report fünf konkrete Vorschläge. Unter anderem betreffen diese die Ausschreibung besonders relevanter Wirkstoffe in einem regionalen Mehrpartner-Modell und die Überarbeitung des Rabattverbots für Kinderarzneimittel. Denn auch wenn die Versorgung der Erwachsenen auf einem soliden Fundament steht, so gibt es doch bei den Kinderarzneimitteln noch Nachbesserungsbedarf. Für sie dürfen seit dem ALBVVG keine Liefervereinbarungen mehr getroffen werden. Damit fehlen wichtige Sicherheitsreserven. Die TK fordert deshalb: Auch Kinder sollen künftig von stabilen Lieferketten und gesicherten Vorräten profitieren. Mit einem regionalen Mehrpartnermodell als Liefervertrag ließe sich auch die Kinder-Arzneimittelversorgung für zukünftige Herausforderungen wappnen. ■

Mehr zum Lieferklima-Report 2025

→ t1p.de/t7gno





Der Wissenschaftsrat fordert einen

Kurswechsel hin zu

mehr Prävention: Das deutsche Gesundheitssystem stehe unter Druck, die Bevölkerung werde älter und kränker und Umweltbelastungen – etwa durch den Klimawandel – wirkten sich immer stärker aus. **„Wir müssen Gesundheit und nicht Krankheit in den Mittelpunkt und damit Prävention über Reparatur stellen“, so der Vorsitzende des Wissenschaftsrats, Wolfgang Wick.** Im Positionspapier des Wissenschaftsrates „Für Prävention und Gesundheitsförderung handeln in Wissenschaft, Versorgung und Gesellschaft“ wird ein entschlossenes Handeln der Politik, die Vernetzung von Expertise verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen, ein effektiver Wissenstransfer, starke öffentliche Gesundheitsstrukturen sowie eine präventiv und interprofessionell wie interdisziplinär ausgerichtete Versorgung gefordert. Auch brauche es ein verbindliches Commitment in sämtlichen sektoralen Teilsystemen, die einen wesentlichen Einfluss auf Gesundheit haben – vom Agrar- und Ernährungs-, bis hin zum Verkehrs- und Mobilitätssektor. *pm*



vdek veröffentlicht Klinik-Landkarten für 2026

Der vdek hat seine Mindestmengenkarten für das Jahr 2026 veröffentlicht. Erstmals darin enthalten sind auch Kliniken, die Herztransplantationen durchführen dürfen – diese Mindestmenge gilt neu seit diesem Jahr. Mindestmengen legen minimale Durchführungshäufigkeiten für komplexe und planbare Behandlungen im Krankenhaus fest. Das heißt: Nur wenn eine Klinik über die nötige Erfahrung verfügt, darf sie diese Eingriffe vornehmen. Die digitalen Landkarten auf [→ vdek.com](https://vdek.com) zeigen auf einen Blick, an welchen Standorten sie erbracht werden dürfen. „Mindestmengen sind entscheidend für Behandlungsqualität und Patientensicherheit, denn sie stellen sicher, dass besonders anspruchsvolle Behandlungen nur in spezialisierten Kliniken durchgeführt werden“, erklärt Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek. „Unsere interaktiven Karten zeigen auch mit Blick auf die laufende Krankenhausreform, wie effektiv eine Strukturierung der stationären Versorgung anhand klarer Qualitätskriterien ist“, so Elsner. Die jeweiligen Mindestmengen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt und laufend überprüft. Bereits beschlossen ist etwa eine Anpassung der Mindestmenge für Kniegelenk-Totalendoprothesen, die bis 2030 schrittweise von 50 auf 150 Eingriffe pro Jahr erhöht wird. *pm*

→ t1p.de/vkpkc

in Bewerbungen zum 17. vdek-Zukunftspreis sind ab sofort möglich. Ausgezeichnet werden in diesem Jahr wegweisende Projekte zum Thema **#Gendermedizin**. Geschlechterspezifische Versorgung ist wichtig, denn Männer und Frauen zeigen (...) bei derselben Erkrankung oft unterschiedliche Symptome und können anders auf Arzneimittel reagieren. Auch ist ihr Gesundheitsverhalten sehr verschieden, etwa bei (...) Vorsorgeuntersuchungen. [...]

in Aktuell steht der Vorschlag im Raum, die **#Tabaksteuer** zu erhöhen. Das ist aus mehreren Gründen eine gute Idee: Jährlich sterben >130.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Eine Verteuerung unterstützt Menschen nachweislich dabei, weniger oder gar nicht mehr zu Rauchen. **#Zigaretten** sind (...) bisher relativ günstig. Der Bund erhält so den Spielraum, die **#Mehrwertsteuer** für Arznei- und Hilfsmittel zu senken. [...]



Wunderwerk Gehirn: Neues aus Diagnostik und Therapie

PODCAST Unser Gehirn verfügt über bis zu 90 Milliarden Nervenzellen und arbeitet mit einer hohen Effizienz. Ein spannender Aspekt, der im Podcast „90 Milliarden“ des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in der Folge „Gehirngesundheit – eine Herausforderung für uns alle“ zur Sprache kommt, ist die Fähigkeit des Gehirns, Ausfälle auszugleichen. Wie das funktioniert und wo die Grenzen liegen, erläutert Prof. Dr. Joachim Schultze, Direktor für Systemerkrankungen am DZNE, im Gespräch mit Moderator Marco Schreyll. Darüber hinaus befasst sich die Folge mit Behandlungsmöglichkeiten, wenn Demenz-Symptome auftreten. Neue Diagnosemethoden und Antikörpertherapien können dabei helfen, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen. tag → t1p.de/3h7tt



BÜCHER und eine Auswahl an Loseblattsammlungen haben wir für Sie gelesen und präsentieren Ihnen hier unsere Favoriten.



Weitere aktuelle
Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

Fehlerkultur

Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist ein vielschichtiges und weit verbreitetes Phänomen mit erheblichen gesellschaftlichen und finanziellen Folgen. Der Sammelband analysiert Erscheinungsformen und Entwicklungen, zeigt anhand praxisnaher Beispiele Wege der Aufdeckung und Verfolgung auf und diskutiert moderne Ansätze der Prävention und Bekämpfung, einschließlich datenanalytischer und KI-gestützter Methoden.

Heiko Burchert, Dominik Schirmer, Carsten Zinßer-Sandmann (Hg.) | **Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen** | 2025, 375 S., € 69,95 | Erich Schmidt Verlag, Berlin

Krankenversicherung

Das Werk analysiert die Situation von Personen ohne Krankenversicherungsschutz und die Möglichkeiten zu dessen Erlangung, darunter die Auffangpflichtversicherung, der Basistarif der privaten Krankenversicherung sowie sozialhilfrechtliche und asylrechtliche Leistungen. Der Autor zeigt Hierarchie und Lücken der Sicherungssysteme auf und begründet den Bedarf einer klaren gesetzlichen Regelung, für die er einen konkreten Lösungsvorschlag entwickelt.

Uwe Klerks | **Ungesichert bei Krankheit. Der Zugang zum Krankheitsschutz im gegliederten System in Deutschland** | 2025, 674 S., € 219 | Nomos, Baden-Baden

PS: Man nehme eine Prise KI ...

Mannigfaltige Inspiration für Gerichte und Speisen aller Art bietet das Internet.

Und längst entscheiden Algorithmen mit, welche Gerichte gekocht werden. Die Mensch-Maschine-Kollaboration wird in einem Projekt an der TU Berlin im Fachgebiet „Bildung für Nachhaltige Ernährung und Lebensmittelwissenschaft“ weiterentwickelt, mit dem Ziel, Rezepte nachhaltiger zu gestalten.

Dafür wurden auf der Website → nokitchenisanisland.com Ausgangsrezepte angelegt, beispielsweise zu Sauerbrot, Käsekuchen, Quiche oder Curry. Ausgewählt wurden sie aus 50 Gerichten, nach denen deutsche Haushalte in den vergangenen fünf Jahren am häufigsten online suchten. In Kommentarspalten neben den jeweiligen Rezepten können Nutzerinnen und Nutzer Verbesserungsvorschläge einbringen – und es gibt dort KI-generierte Kommentare, die auf aktuellen lokalen Klimaberichten basieren und die ebenfalls in die neuen Rezepte einfließen. Menschliche Essensvorlieben mit KI-generierten Klimaanforderungen zu verknüpfen, das klingt spannend.

Doch beim Nachkochen des neuen Rezepts besser überprüfen, dass keine von der KI erdichteten Zutaten im Kochtopf landen, die den Geschmack schmälern könnten. Erst dann heißt es hoffentlich:

Guten Appetit!

Ihre Redaktion



IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

Das Magazin des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), vormals „Die Ersatzkasse“, erstmals erschienen 1916.

Herausgeber

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Ulrike Elsner (Vorstandsvorsitzende des vdek, V.i.S.d.P.)

Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried (Abteilungsleiterin Kommunikation)

Redaktionsleitung

Annette Kessen

Redaktion

Dr. Tanja Grootz, Matthias Wannhoff

Kontakt

Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin
Tel. 0 30/2 69 31-12 05
Fax 0 30/2 69 31-29 00
redaktion@vdek.com
vdek.com/magazin
X@vdek_Presse
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Layout

Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen

Alexander Glandien (Titelseite, S. 4/5, 13, 28/29, 38/39, 47)
glandien.de

Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum

Februar 2026 | 106. Jahrgang
ersatzkasse magazin. erscheint
sechs Mal im Jahr.

Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers oder der Redaktion. Dies gilt auch für die Aufnahme in elektronische Datenbanken und Mailboxen.

Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernehmen der Herausgeber und die Redaktion keine Haftung.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder.

Dieses Magazin wurde auf holzfreiem, FSC® Mix-zertifiziertem Papier gedruckt.

Bildnachweise (von links nach rechts und von oben nach unten)

S. 3: vdek/Georg J. Lopata | S. 5: vdek/Christian Wyrwa | S. 6: sorbetta/iStock/Getty Images/ | S. 7: BARMER | S. 7: SiberianArt/iStock/Getty Images | S. 9: Zentrale Prüfstelle Prävention | S. 11: Yuky Ryang/Festland | S. 14: DER TAGESSPIEGEL | S. 16: vdek/Christian Wyrwa | S. 20: vdek/Christian Wyrwa | S. 21: RUNSTUDIO/iStock/Getty Images | S. 22: vdek | S. 23: Luis Alvarez/iStock/Getty Images; Anne Osterland | S. 24: vdek; htw/Jessica Joachimsen | S. 25: Josy Simon | S. 26: ollo/iStock/Getty Images/E+; vdek-LV Baden-Württemberg. | S. 27: vdek/Georg J. Lopata | S. 33: vdek/Georg J. Lopata | S. 39: vdek/Georg J. Lopata | S. 44: LaylaBird/iStock/Getty Images/E+ | S. 46: TK | S. 48: 123map | S. 49: Coverbildgestaltung: DZNE, Foto: DZNE/Gloger | S. 50: Visual Generation/iStock/Getty Images

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

Beim vdek arbeiten bundesweit fast 800 Beschäftigte. Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist die Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit nahezu 450 Beschäftigten sowie knapp 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

vdek-Zentrale

Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 0 30/2 69 31-0
Fax: 0 30/2 69 31-29 00
info@vdek.com
www.vdek.com
X @vdek_Presse

Baden-Württemberg

Christophstraße 7
70178 Stuttgart
Tel.: 07 11/2 39 54-0
Fax: 07 11/2 39 54-16
lv-baden-wuerttemberg@vdek.com
X @vdek_BW

Bayern

Arnulfstraße 201a
80634 München
Tel.: 0 89/55 25 51-0
Fax: 0 89/55 25 51-14
lv-bayern@vdek.com
X @vdek_BY

Berlin/Brandenburg

Stresemannstraße 91
10963 Berlin
Tel.: 0 30/25 37 74-0
Fax: 0 30/25 37 74-19
lv-berlin.brandenburg@vdek.com
X @vdek_BER_BRA

Bremen

Martinistraße 34
28195 Bremen
Tel.: 04 21/1 65 65-6
Fax: 04 21/1 65 65-99
lv-bremen@vdek.com
X @vdek_HB

Hamburg

Sachsenstraße 6
20097 Hamburg
Tel.: 0 40/41 32 98-0
Fax: 0 40/41 32 98-22
lv-hamburg@vdek.com
X @vdek_HH

Hessen

Walter-Kolb-Straße 9-11
60594 Frankfurt a. M.
Tel.: 0 69/96 21 68-0
Fax: 0 69/96 21 68-90
lv-hessen@vdek.com
X @vdek_HE

Mecklenburg-Vorpommern

Werderstraße 74 a
19055 Schwerin
Tel.: 03 85/52 16-0
Fax: 03 85/52 16-1 11
lv-mecklenburg-vorpommern@vdek.com
X @vdek_MV

Niedersachsen

Schillerstraße 32
30159 Hannover
Tel.: 05 11/3 03 97-0
Fax: 05 11/3 03 97-99
lv-niedersachsen@vdek.com
X @vdek_NDS

Nordrhein-Westfalen

Ludwig-Erhard-Allee 9
40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11/384 10-0
Fax: 02 11/384 10-20
lv-nordrhein-westfalen@vdek.com
X @vdek_NRW

Geschäftsstelle

Westfalen-Lippe
Königswall 44
44137 Dortmund
Tel.: 02 31/91 77 1-0
Fax: 02 31/91 77 1-30
gs-westfalen-lippe@vdek.com

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römhild-Straße 22
55130 Mainz
Tel.: 0 61 31/9 82 55-0
Fax: 0 61 31/83 20 15
lv-rheinland-pfalz@vdek.com
X @vdek_RLP

Saarland

Heinrich-Böcking-Straße 6-8
66121 Saarbrücken
Tel.: 06 81/9 26 71-0
Fax: 06 81/9 26 71-19
lv-saarland@vdek.com
X @vdek_SL

Sachsen

Glacisstraße 4
01099 Dresden
Tel.: 03 51/8 76 55-0
Fax: 03 51/8 76 55-43
lv-sachsen@vdek.com
X @vdek_SAC

Sachsen-Anhalt

Schleiufer 12
39104 Magdeburg
Tel.: 03 91/5 65 16-0
Fax: 03 91/5 65 16-30
lv-sachsen-anhalt@vdek.com
X @vdek_ST

Schleswig-Holstein

Wall 55 (Sell-Speicher)
24103 Kiel
Tel.: 04 31/9 74 41-0
Fax: 04 31/9 74 41-23
lv-schleswig-holstein@vdek.com
X @vdek_SH

Thüringen

Lucas-Cranach-Platz 2
99097 Erfurt
Tel.: 03 61/4 42 52-0
Fax: 03 61/4 42 52-28
lv-thueringen@vdek.com
X @vdek_TH



Die vdek-Landesvertretungen
finden Sie unter
→ [vdek.com/ueber_uns/
landesvertretungen](https://vdek.com/ueber_uns/landesvertretungen)

vdek online

vdek.com

X@vdek_Presse



Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin